

104

DE L'IMPORTANCE
D'UNE DIRECTION MÉDICALE
DANS L'ALLAITEMENT AU SEIN

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen..... M. DEBOVE

PROFESSEURS :

Anatomie.....	MM. POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	RECLUS
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	GILBERT
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE
	ROGER
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GRANCHER
Maladies des enfants.....	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX
	TERRIER
	BERGER
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON
Clinique d'accouchements.....	BUDIN
Clinique gynécologique.....	PINARD
Clinique de chirurgie infantile.....	POZZI
	KIRMISSON

AGRÈGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	TEISSIER
CARNOT	GUIART	MARION	THIROLOIX
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	VAQUEZ
CUNÉO	LABBÉ	MÉRY	WALLICH
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émis dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. MOUTARD-MARTIN, PETIT, PEYROT
MAYGRIER, DEMELIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur de Clinique obstétricale, Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153315_0115

DE L'IMPORTANCE

D'UNE DIRECTION MÉDICALE

DANS L'ALLAITEMENT AU SEIN

INTRODUCTION

DIVISION

Lorsque le professeur Budin dirigeait le service d'accouchement de l'hôpital de la Charité, il demandait aux mères, revenues dans son service pour un nouvel accouchement, des nouvelles de l'enfant qu'il avait mis antérieurement au monde, et très souvent elles lui répondaient : il est mort. D'autres fois, les mamans qui, quelques jours auparavant avaient quitté son service avec leurs bébés au sein et bien portants, les lui ramenaient très malades.

Que s'était-il donc passé ?

Toutes sortes de fautes avaient été commises. L'enfant nouveau-né, petit être fragile et délicat, livré aux soins d'une mère ignorante, imbue de préjugés anciens, avait été rapidement malade. En effet, à cette époque, c'est-à-

dire avant 1892, il y avait pour les nourrissons une période, celle qui précède le moment où ils peuvent entrer dans un service dirigé par un médecin, période pendant laquelle ils n'étaient ni vus, ni examinés par personne. Aussi, M. Budin, estimant cette direction maternelle insuffisante, demanda-t-il à M. Peyron, alors directeur général de l'Assistance publique à Paris, de bien vouloir l'autoriser à faire revenir à l'hôpital, à la Charité, une fois par semaine, les enfants nés dans son service, afin de les examiner, de les peser, de conseiller les mères et de les guider dans l'élevage de leurs enfants. La première Consultation de Nourrissons était fondée.

L'on sait avec quel succès cette idée a fait son chemin. C'est qu'en effet, à l'heure actuelle, la Consultation de Nourrissons est un des moyens les plus puissants qui soit à notre disposition pour combattre la mortalité infantile. Aussi cette généreuse initiative assure-t-elle au professeur Budin une place parmi les grands bienfaiteurs de l'humanité.

La clientèle des Consultations de Nourrissons créées par M. Budin à la Charité, puis à la Maternité, et enfin à la Clinique Tarnier, est en grande partie composée d'enfants nourris au sein par leurs mères ; l'allaitement artificiel y est peu pratiqué. Voici, à cet égard, la proportion exacte des différents modes d'allaitement : Allaitement au sein, 70,1 p. 100 ; Allaitement mixte, 23,8 p. 100 ; Allaitement artificiel, 6,4 p. 100. Il n'en n'est plus de même dans les Consultations de Nourrissons annexées aux Dispensaires, dans les Gouttes de lait, ou œuvres similaires, où l'élevage au biberon devient une nécessité dans des circonstances trop nombreuses, soit que les femmes n'aient pas de lait, soit plu-

tôt qu'elles exercent une emploi incompatible avec les devoirs de la maternité. En outre, comme la mortalité est surtout accusée pour les enfants nourris au biberon, la plupart des philanthropes, des médecins, des pédiâtres se sont occupés d'allaitement artificiel. Ce mouvement, né en France, s'est propagé à l'étranger. En Angleterre, *des dépôts de lait stérilisé* ont été installés à Londres, dans des quartiers pauvres où l'allaitement artificiel est très répandu. De même à Liverpool (Hop) ¹, à Bradfort, à York, à Leith. En Russie, à Saint-Petersbourg, des œuvres ont été fondées, qui ont pour but de *distribuer du lait stérilisé aux mères*. (MARGOULIÈS) ². A Bruxelles, la proportion des divers allaitements à la Consultation de Nourrissons, fondée en 1902, par le docteur LUST ³, est telle que *la distribution du lait devient la chose principale*. (Cette proportion est la suivante : Allaitement naturel, 5 p. 100 ; mixte, 18 p. 100 ; artificiel, 77 p. 100.

Il résulte de cet exposé sommaire que, pour combattre la mortalité infantile, la tendance est aujourd'hui *de distribuer avant tout du lait stérilisé*, puis d'organiser ensuite la surveillance et le contrôle médical. *Quant à la surveillance des enfants nourris au sein, il semble qu'il n'en soit plus question. D'aucuns même, allant plus loin contestent son utilité*. Certains médecins pensent que l'allaitement au sein n'a pas besoin d'être dirigé ; l'allaitement artificiel, d'une pratique beaucoup plus difficile, doit être seul surveillé. C'est là, à notre sens, non

1. *The Lancet*, 26 mars 1904.

2. MARGOULIÈS. *Voir l'œuvre de la Goutte de Lait* (Thèse de Paris, 1903).

3. CORDIER. (*Annales de la Polyclinique centrale de Bruxelles*, mars 1904.)

pas une simple exagération, mais bien une erreur contre laquelle nous tenons à protester.

En suivant, pendant notre stage d'accouchements, à la Clinique Tarnier, les Consultations de Nourrissons du professeur Budin, nous avons compris toute l'importance, la nécessité de cette surveillance médicale dans l'allaitement naturel. Il nous a même été donné de voir plusieurs enfants, nés à terme, quittant la Clinique en parfaite santé, nourris au sein par leurs mères, et ramenés à la Consultation peu de temps après dans un état déplorable. Parfois même, ces enfants allaités par leurs mères étaient si malades, qu'il fallait les faire rentrer dans le service, afin de surveiller très attentivement cet élevage au sein, qui devait être une sauvegarde pour eux !

Aussi, dans cete thèse inaugurale, avons-nous l'intention :

1° Dans un premier chapitre, d'étudier les accidents qui peuvent survenir au cours de l'allaitement naturel.

2° Dans un deuxième chapitre, d'indiquer la fréquence des accidents, en nous servant pour cela des statistiques de la Consultation de Nourrissons du mercredi de la Clinique Tarnier ¹.

3° Dans une dernier chapitre, de montrer combien la surveillance médicale est utile pour éviter ces accidents, et pour y remédier.

4° Enfin nous formulerons nos conclusions.

1. Primitivement, la Consultation avait lieu une fois par semaine, le vendredi. Mais le nombre des enfants s'accroissant sans cesse, M. Budin a dû créer une deuxième Consultation ; elle fonctionne le mercredi.

CHAPITRE PREMIER

LES ACCIDENTS DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

En dehors des cas, tout à fait exceptionnels, où les enfants ne peuvent supporter, non seulement le lait maternel, mais encore le lait de femme, et dont MM. BAR¹ et BOUCHACOURT² rapportaient, en 1903, des exemples à la Société d'obstétrique de Paris, l'allaitement maternel reste pour les enfants le mode d'élevage naturel. Cependant, de ce qu'un enfant est élevé au sein, il ne faut pas conclure qu'il s'élèvera toujours facilement et ne sera jamais malade ; ce serait s'exposer à de graves mécomptes, car l'éducation de la mère à ce sujet n'est pas encore faite. C'est qu'élever un enfant est une science, et une science très délicate, comme le dit fort bien RIVIÈRE³ : « Elever un enfant est une science, une science que l'amour maternel ne peut remplacer. Elever

1. BAR. De l'intolérance d'un nourrisson pour le lait de femme, et remarques sur l'intolérance que manifestent quelques enfants pour certains laits (*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, N° 4, 1903).

2. BOUCHACOURT. Observations d'intolérance d'un enfant vis-à-vis du lait de la mère (*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, N° 4, 1903).

3. RIVIÈRE. Du patronage des nourrissons (*Obstétrique*, juillet 1903).

un enfant ne consiste pas seulement à le nourrir par telle ou telle méthode (toutes sont bonnes plus ou moins). Mais qu'il s'agisse d'allaitement au sein, d'allaitement mixte, ou d'allaitement artificiel, il y a, avant tout, la manière, et cette manière est savante, méthodique, variable. Elever un enfant ne consiste pas seulement à le vêtir, il y a aussi la manière, et cette manière est faite de nuances délicates qui changent avec les saisons, avec les conditions de milieu, avec l'état même de l'enfant. Elever un enfant comporte enfin des soins d'hygiène variés et multiples qui ne peuvent être codifiés dans des formules trop rigides, mais qui doivent, au contraire, se prêter aux circonstances et tenir compte de très nombreux éléments. »

La puériculture est une science que le médecin est encore seul à connaître. La plupart des femmes qui nourrissent au sein leurs enfants, persuadées que « tout ira bien », négligent les règles les plus élémentaires de l'hygiène infantile. Elles se fient en l'expérience des grand-mères, des voisines, des vieilles femmes, dont le Dr Devé¹ dans sa thèse, a tracé le rôle néfaste en traits si humoristiques. Aussi, les malheureuses sont-elles très étonnées de voir leurs enfants tomber malades, et parfois même succomber. M. BUDIN répète toujours avec raison que « l'affection maternelle ne supplée pas au manque d'expérience ». Il est, en effet, sans études préalables, bien difficile d'élever un enfant au sein, car « il ne faut pas croire que le mot allaitement maternel signifie sécurité parfaite. Comme les autres modes d'allaitement, il demande à être surveillé et parfois de très

1. DEVÉ, *Réflexions critiques sur la puériculture. La puériculture et la pratique médicale* (Thèse de Paris, 1903).

près (BUDIN)¹ ». Aussi ce Maître insiste-t-il dans ses leçons², dans ses ouvrages³, sur les accidents de l'allaitement au sein : accidents presque toujours imputables aux mères qui pèchent par ignorance. M. MARFAN⁴ dans son *Traitement d'Allaitement*, écrit ces mots : « Il ne suffit pas d'assurer au nouveau-né le lait maternel, c'est-à-dire le meilleur des aliments ; il faut encore le lui donner en observant certaines règles. Distribuée d'une manière irrationnelle, la plus parfaite des nourritures peut devenir nuisible.

Du reste, les mamans payent bien cher leur ignorance. C'est après avoir perdu un ou deux enfants qu'elles acquièrent un peu d'expérience ; mais il est déjà trop tard ! La surveillance médicale dans l'allaitement au sein a pour but d'empêcher les mères de commettre des fautes ; elle permet aussi de réparer celles déjà commises. Cette surveillance rend les plus grands services ; nous avons été à même de l'apprécier à la Consultation de Nourrissons de la Clinique Tarnier.

Dans un article paru au commencement de l'année 1905, le Dr QUILLIER⁵ écrivait : « Il suffit d'avoir vu fonctionner une Consultation de Nourrissons, et de nourrissons en grande partie nourris au sein par leurs mères, pour être convaincu de la nécessité de surveiller de très près l'allaitement au sein. »

1. BUDIN. Alimentation pendant la première enfance (*Progrès médical*, N° 27, juillet 1902).

2. BUDIN. Les accidents de l'allaitement au sein (*Journal des praticiens* N° 36, 1904).

3. BUDIN. *Manuel pratique d'allaitement. Hygiène du nourrisson* (Paris, Doin, 1904).

4. MARFAN. *Traité de l'allaitement* (Paris, Steinheil).

5. QUILLIER. Nécessité d'une direction médicale dans l'allaitement au sein (*Obstétrique*, 15 janvier, 15 mars 1905).

Sans vouloir étudier en détail tous les accidents qui peuvent survenir chez les enfants nourris au sein, nous dirons quelques mots des plus fréquents, c'est-à-dire des accidents dus :

1° *A la non réglementation des tétées, à leur fréquence, à leur durée excessive, à la suralimentation, pour tout dire.*

2° *A l'insuffisance de la sécrétion lactée.*

3° *A la mauvaise qualité du lait maternel.*

I. — Suralimentation.

« L'enfant qui ne prend pas assez de lait peut ne pas augmenter, il peut même diminuer, mais il n'a pas de troubles digestifs. »

Prof. BUDIN, *le Nourrisson.*

Il n'y a pas encore très longtemps, la question de la suralimentation chez les enfants était tout à fait ignorée. L'habitude était de laisser les nourrissons téter autant qu'ils le voulaient, et aussi souvent qu'ils le désiraient. Inutile de rappeler combien est encore répandue parmi les mamans cette dangereuse croyance, que l'estomac se charge de régler la dose d'aliment nécessaire au nourrisson par la régurgitation. « Si l'enfant dépasse un peu la mesure, écrivait DUGÈS, l'estomac se débarrasse aisément du superflu inutile à sa nutrition, par des régurgitations qui n'ont rien d'inquiétant, et qu'il ne faut pas confondre avec des vomissements réels et morbides. » TARNIER, lui-même, n'attachait pas une très grande importance au rejet qui suit la tétée. Plus tard, son opinion à cet égard se modifia, et il reconnut les méfaits

attribués aux petites fautes commises dans l'allaitement. Enfin, le professeur BUDIN et ses élèves, par l'emploi méthodique de la balance et l'établissement de la courbe de poids, nous ont montré d'une façon indiscutable les accidents déterminés par la suralimentation. Les pédiâtres, MARFAN, HUTINEL ¹, LESAGE ², observèrent eux aussi et décrivirent la *diarrhée par suralimentation*, diarrhée observée chez les enfants nourris au sein et chez les enfants élevés au biberon.

Dans la production de la gastro-entérite chez les enfants nourris au sein, COMBY, MARFAN, font jouer le premier rôle à la suralimentation. De même BUDIN n'hésite pas à donner dans l'étiologie de la gastro-entérite une part importante à la suralimentation. Ainsi fut mis en lumière le rôle de la suralimentation comme facteur de la gastro-entérite ; suralimentation à laquelle le Dr PIERRA ³ consacrait sa thèse inaugurale.

Cette question de la suralimentation est en effet si importante, son rôle dans la production de la gastro-entérite est si manifestement établi, que plusieurs médecins se sont efforcés de déterminer d'une façon presque mathématique la ration alimentaire, non seulement de l'enfant nourri artificiellement, mais aussi de l'enfant élevé au sein ; c'est-à-dire d'établir la quantité de lait de femme nécessaire à un enfant, suivant le poids et suivant l'âge, en calculant avec un lait de composition moyenne, quantité nécessaire pour que l'enfant puisse s'accroître et se développer normalement (ration

1. HUTINEL. (*Semaine médicale*, 25 janvier 1899.)

2. LESAGE. Gastro-entérite aiguë des nourrissons (*L'œuvre médico-chirurgicale*).

3. PIERRA. La surcharge alimentaire, cause d'intolérance gastro-intestinale chez le nourrisson (*Thèse de Paris*, 1901).

d'entretien et ration d'accroissement) MAUREL¹, BARBIER², BUDIN et PLANCHON³, VERDÉ-DELISLE⁴, ABRAND⁵. Cette ration alimentaire de l'enfant est une ration minimum, suffisante pour faire face à ses besoins en énergie, accroissement et entretien. La détermination exacte de cette ration alimentaire pour l'enfant nourri au sein rend les plus grands services. En effet, si l'enfant prend trop, il aura, tôt ou tard, des troubles digestifs, après une période de tolérance d'autant plus dangereuse qu'elle est parfois fort longue ; s'il ne prend pas assez, il restera au dessous de la moyenne et ne se développera pas.

Ce rapide exposé historique⁶ nous montre l'importance attachée aujourd'hui par les pédiâtres à la suralimentation.

Les enfants nourris au sein peuvent être suralimentés de deux façons ; soit parce qu'ils reçoivent une trop grande quantité de lait : il y a alors *suralimentation réelle* ; soit parce que l'enfant recevant une quantité de lait normale pour son poids, la température venant à s'élever, les dépenses de l'organisme diminuent : il y a alors *suralimentation relative*.

1. MAUREL. *Hygiène alimentaire du nourrisson. Allaitement. Sevrage* (Paris, Doin, 1903).

2. BARBIER. Ration alimentaire du nourrisson (*Bulletin général de thérapeutique*, 15-23 novembre 1903).

3. BUDIN et PLANCHON. Note sur l'alimentation des enfants (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 5, I, 1904).

4. VERDÉ-DELISLE. Indications des quantités de lait à donner dans l'allaitement artificiel des nourrissons âgés de 5 mois à 2 ans (*Thèse de Paris*, 1904).

5. ABRAND. Ration alimentaire du nourrisson au sein (*Thèse de Paris*, 1905).

6. Voir l'historique de la question par le D^r Perret in *dyspepsies et infections gastro-intestinales des nourrissons*, par le D^r Henri de Rothschild (Paris, Doin, 1904).

Suralimentation réelle. — La suralimentation réelle peut être la conséquence :

1° Des tétées trop rapprochées.

2° Des tétées trop copieuses.

3° De la trop grande richesse du lait en principes nutritifs.

Très souvent les mamans, en effet, mettent leurs bébés au sein au moindre cri. Il arrive de la sorte, que les tétées au lieu de se succéder toutes les deux heures le jour, et toutes les trois ou quatre heures la nuit, ont lieu toutes les heures et demies, et même toutes les heures.

Dans d'autres cas, les mères laissent l'enfant trop longtemps au sein, 20, 25, 30 minutes ; ce n'est plus la femme qui retire son sein, c'est l'enfant qui le quitte. Celui-ci absorbe dans ces conditions des quantités anormales de lait : d'où suralimentation.

Quelquefois l'enfant est mis très régulièrement au sein, la durée de la tétée est normale, et pourtant se manifestent des troubles digestifs liés à la suralimentation. Il s'agit alors d'un enfant glouton, vorace, qui, en l'espace de 2 ou 3 minutes, prend 100, 150, 170 grammes de lait : et ainsi se trouve réalisée la suralimentation.

Quant aux nourrissons qui n'absorbent qu'une quantité normale de lait à chaque tétée, et qui, d'autre part, sont bien réglés, l'on comprend aisément qu'il y ait suralimentation si le lait est trop riche en principes nutritifs.

Suralimentation relative. — Cette suralimentation relative est liée à l'élévation de la température. Cette influence de la température a été bien mise en relief par les expériences de MAUREL (de Toulouse)¹. Cet auteur a

1. MAUREL. *Loc. cit.*

montré que l'élévation de la température agit, pour les enfants nourris au sein, en produisant une diminution des dépenses de l'organisme. Cette influence est telle qu'il suffit d'une différence de quelques degrés pour qu'elle se traduise par une augmentation de poids chez le sujet observé et préalablement mis à la ration d'entretien. Les expériences qui ont permis à MAUREL d'établir ces données sont aujourd'hui classiques. A la Consultation de Nourrissons de la Clinique Tarnier, il n'est pas rare de voir des enfants au sein, augmentant d'une façon normale, présenter un accroissement journalier de 60 grammes durant toute une semaine au cours de laquelle la température a été très élevée. Pour d'autres, cette suralimentation relative est telle qu'elle détermine aussitôt des selles diarrhéiques vertes.

OBSERVATION I (N° du registre 5.195). — *Enfant nourri au sein par sa mère : élévation brusque de l'augmentation de poids coïncidant avec l'élévation de la température.*

	Poids.	Différence.	Moyenne.
7 décembre 1903 : naissance.	4.250		
23 — : entré à la Consultation.	4.200		
25 mai 1904.	7.500		
8 juin 1904.	7.750	+ 250	= 13,8
22 — : chaleur.	8.260	+ 510	= 36,4
29 —	8.300	+ 40	= 5,7
6 juillet 1904.	8.490	+ 190	= 27,1

OBSERVATION II (N° du registre 5.244). — *Enfant nourri au sein par sa mère : élévation brusque de l'augmentation de poids coïncidant avec l'élévation de la température.*

	Poids.	Différence.	Moyenne
1 ^{er} avril 1904 : naissance.	2.550		
20 — : entré à la Consultation.			
25 mai 1904.	3.200	+ 320	= 26,6
8 juin 1904.	3.670	+ 470	= 33,5
22 — : chaleur.	4.000	+ 330	= 47,1
29 —	4.230	+ 230	= 32,8
6 juillet 1904.	4.450	+ 220	= 31,4

Que la suralimentation soit réalisée par un moyen ou par un autre, peu importe ; elle existe du fait qu'il y a disproportion entre la quantité de lait prise par l'enfant et la ration alimentaire. De plus, il y a aussi disproportion entre la quantité de lait absorbée et la capacité des organes digestifs. Voici, à cet égard, un tableau emprunté à la thèse de PIERRA, qui montre les différentes capacités attribuées par quelques auteurs à l'estomac du nouveau-né.

	Comby.	Fleischmann.	Mérigot de Treigny.
A la naissance.	»	46 c.c.	50 c.c.
1 ^{re} semaine.	50 c.c.	78	»
3 ^e et 4 ^e semaines.	100	80-92	100
3 ^e mois.	150	140	250
5 ^e —	»	260	»
12 ^e —	300	»	400 ?

On voit combien elles sont exiguës. En outre, c'est dans l'estomac que, chez le nouveau-né, se passent la majeure partie des phénomènes digestifs. Or, celui-ci met entre une heure et demie et deux heures et demie pour se vider ; il faut donc, pour éviter une surcharge alimentaire dangereuse, laisser au moins cet intervalle entre les tétées.

Ainsi donc, si les quantités de lait prises à chaque tétée sont trop abondantes, si les tétées sont trop fréquentes, ou bien encore si l'enfant vorace, glouton, est laissé trop longtemps au sein, nous aurons une surcharge alimentaire. Celle-ci entraîne à sa suite l'ectasie de l'estomac. Simple distension au début, l'ectasie, par son action prolongée, détermine la dilatation de l'organe (BOUCHARD). A la dilatation stomacale, produite par la surcharge alimentaire, se joint très souvent une stagna-

tion fécale déterminant des fermentations anormales. Ces fermentations intestinales donnent naissance à des poisons qui produisent à leur tour des accidents toxico-infectieux graves. Et de fait, cliniquement, cette suralimentation détermine, après une phase de tolérance plus ou moins longue, des accidents divers : vomissements, diarrhée, eczéma, etc., etc. Nous allons les résumer brièvement.

a) Vomissements. — Ils constituent la première manifestation de la dyspepsie infantile, et traduisent, dès le début, d'une façon réflexe la surcharge alimentaire. Tout d'abord simples regurgitations par excès de réplétion de l'organe, plus tard, ce sont de véritables vomissements, constitués par du lait caillé, des résidus alimentaires, acides, d'odeur âcre et désagréable. Ils indiquent qu'au simple élément mécanique est venu s'adjoindre un élément infectieux.

b) Diarrhée. — La diarrhée par suralimentation est caractérisée par la fréquence des garde-robes (4, 5, 7, 10 par 24 heures). Ces garde-robes, liquides, de couleur jaune clair, ont quelquefois un aspect huileux ; ou bien, elles sont mêlées de grumeaux blanchâtres représentant la caséine non digérée. Dans certains cas même, le lait est rendu tel que, non digéré. Souvent inodores, elles ont parfois une odeur nauséabonde quand il s'agit d'une entérite infectieuse.

Ces garde-robes s'accompagnent d'un érythème, caractérisé par la rougeur des fesses et des cuisses, dû à la macération de la peau par le flux diarrhéique.

Dans quelques cas les garde-robes sont franchement

vertes : elles sont souvent liées à une véritable gastro-entérite.

La diarrhée par suralimentation a une signification pronostique variable, suivant qu'il s'agit d'une simple lientérie, de diarrhée verte, ou de gastro-entérite.

c) Manifestations diverses. — A côté de ces symptômes cardinaux, il en est d'autres, moins importants, qui traduisent l'intolérance du tube digestif surmené. Parmi eux il faut citer : le muguet, l'anorexie, l'eczéma. L'eczéma se rencontre, en effet, surtout chez les enfants nourris au sein et suralimentés (QUILLIER)¹. En même temps l'état général de l'enfant est moins bon. Après avoir augmenté, parfois beaucoup, l'enfant augmente moins, puis il reste stationnaire, et finalement diminue dans des proportions parfois considérables : *la dénutrition est le terme ultime de la surnutrition.*

II. — Insuffisance de la sécrétion lactée.

A côté des enfants chez lesquels la suralimentation détermine les accidents que nous venons de passer en revue, il y a des enfants qui prennent au sein des quantités de lait tout à fait insuffisantes et qui risquent de tomber malades si l'on n'y met bon ordre.

Rares sont les femmes qui ne peuvent pas nourrir au sein. Le D^r ROGER MESNIL² a particulièrement insisté

1. QUILLIER. L'eczéma des nourrissons (*Thèse de Paris*, 1901) et Considérations étiologiques sur l'eczéma des enfants nourris au sein (*Progrès médical*, mars 1903).

2. ROGER MESNIL. Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant (*Thèse de Paris*, 1903).

dans sa thèse sur ce point. Il a montré, chiffres en mains, que :

86 p. 100 des femmes peuvent nourrir dès les premiers jours de l'accouchement ;

9,4 p. 100 ont besoin d'être secondées par une nourrice ;

4,2 p. 100 sont dans l'impossibilité absolue de le faire. Sans doute ces chiffres n'ont rien d'absolu et peuvent varier. Néanmoins, il ressort de l'étude des différentes statistiques publiées à cet égard par M. DLUSKI¹, MM. BLACKER (de Londres), DUNÊME², etc. etc., que l'immense majorité des femmes peuvent allaiter, pendant les premiers mois tout au moins.

Mais il peut arriver que les mères n'aient pas tout à fait assez de lait pour nourrir seules exclusivement ; et MESNIL, dans sa thèse, nous montre que 9,4 p. 100 des femmes sont dans ce cas pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement.

Cette insuffisance peut être passagère ou définitive.

a) PASSAGÈRE : 1° *Au début de l'allaitement.* — Souvent la sécrétion lactée ne s'établit pas tout de suite abondante. Dans les services d'accouchements, l'on remédie facilement à cette insuffisance du début : la nourrice complète la tétée ; en même temps, l'on excite la glande au maximum. Puis le lait monte, et la femme quitte l'hôpital nourrissant elle-même son enfant. Mais rentrée chez elle, insuffisamment reposée, reprise par les

1. DLUSKI (M^r Bronislas). Contribution à l'étude de l'allaitement maternel (*Thèse de Paris*, 1894).

2. DUNÊME. Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein chez les mères nourrices (*Thèse de Paris*, 1902).

soins du ménage, occupée à soigner ses enfants, la jeune mère se fatigue vite, son lait diminue et l'enfant n'augmente pas. Quelques jours après, l'ordre étant rentré dans le ménage, cette fatigue passagère se dissipe, le lait revient en quantité suffisante, et le petit bébé se remet à augmenter.

Si cette insuffisance dure quelques jours de plus, l'enfant diminue et peut être malade : *malade par défaut*. Mais, le plus souvent ce n'est pas ainsi que les choses se passent. Dès qu'elles croient ne pas avoir assez de lait dans leurs seins (et les femmes du peuple sont toujours enclines, au moindre cri de l'enfant, à croire qu'elles n'ont pas assez de lait), les femmes donnent, en plus de leur sein, une certaine quantité de lait de vache, faisant ainsi, sans s'en douter, de la suralimentation. D'où plusieurs dangers pour l'enfant ; l'un, du fait des accidents liés à la suralimentation ; *malade par excès* ; l'autre, du fait de la disparition fort probable du lait maternel, car la glande mammaire n'étant plus excitée aussi souvent fournira de moins en moins de lait, pour arriver à n'en plus donner.

Enfin cette insuffisance passagère peut être le fait d'abcès du sein, de galactophorite, de lymphangite, et en pareil cas, si le lait n'est pas sécrété en quantité suffisante par l'autre glande, l'enfant peut souffrir.

2° *Au cours de l'allaitement*. — Plus tard, cette insuffisance passagère peut être le fait d'émotions morales. Il n'est pas douteux que les chagrins, les émotions morales vives sont de nature à troubler la sécrétion lactée. Le professeur BUDIN en a publié quelques exemples très nets dans *Le Nourrisson* (pages 164-165). « Chez les femmes très sensibles, dit-il, toutes sortes de causes

peuvent amener des modifications dans la composition du lait et des troubles dans la santé des enfants ; c'est pourquoi certaines mères, extrêmement nerveuses, font souvent de médiocres nourrices. » Mais peut-être qu'au facteur, diminution de la quantité de lait sécrété, vient s'en ajouter un autre, le facteur qualité ? Quoi qu'il en soit, cette action est indiscutable.

Il en est de même des maladies, grippe, bronchite, etc., etc., qui atteignent la mère nourrice. Dès que la santé se rétablit, le lait remonte en quantité suffisante, et l'enfant se reprend à augmenter d'une façon normale.

Lorsque les règles s'établissent chez la femme qui nourrit, il est manifeste que, pendant les quelques jours qui précèdent, accompagnent et suivent l'époque cataméniale, le lait est sécrété moins abondamment, et l'enfant augmente moins (Roche)¹. Là encore, des accidents sont à redouter si du lait de vache est donné en plus du sein d'une façon inconsidérée. Cette insuffisance n'est pas toujours passagère, et quelquefois l'enfant allaité par une femme qui a ses règles augmente moins d'une façon générale : sa courbe de poids s'éloigne de plus en plus de la normale. Si cet enfant n'est pas surveillé, il peut ne pas se développer normalement et rester bien au-dessous de la moyenne.

b) DÉFINITIVE. — L'insuffisance définitive peut tenir à des causes diverses que nous n'avons pas à énumérer. Reconnue, elle détermine souvent des accidents, car pour y remédier, les mères nourrices font un emploi immodéré

1. ROCHE. Influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite (*Thèse de Paris*, 1901).

du lait de vache. C'est alors l'allaitement mixte pratiqué sans aucune méthode, ou l'allaitement artificiel avec tous ses aléas.

Si cette insuffisance n'est point diagnostiquée, l'enfant, insuffisamment alimenté, n'augmente plus, puis il diminue, dépérit d'une façon telle qu'il peut mourir véritablement de faim, sans que sa mère seulement s'en doute. Et c'est là un fait qui n'est point exceptionnel, tant les jeunes mères sont ignorantes. Nous en rapportons, du reste, un cas typique (Observation X). En effet, l'enfant insuffisamment nourri ne présente pas les signes d'une maladie déterminée. Pourtant, dit Marfan, « la courbe du poids est notablement au-dessous de la moyenne, le visage est pâle, les chairs flasques, la fontanelle un peu déprimée, les urines rares ; non seulement il n'y a pas de diarrhée, mais encore les évacuations sont moins fréquentes qu'à l'état normal, et la palpation fait reconnaître la vacuité plus ou moins complète du ventre. Mais on peut se tromper et prendre la cachexie d'inanition pour une cachexie dyspeptique, tuberculeuse, syphilitique. » (*Traité d'Allaitement*).

III. Mauvaise qualité du lait.

Il faut compter non seulement avec les quantités insuffisantes ou exagérées du lait, mais encore avec sa qualité. Les nourrices sont, en effet, très différentes les unes des autres. Normalement la quantité moyenne de beurre renfermée dans un litre de lait de femme est de 36 grammes. Ce chiffre n'est point absolu : il peut varier en plus ou en moins. Si des nourrices ont un lait qui renferme 45,50 grammes de beurre par litre, il en est d'autres

dont le lait n'en contient plus que 25.20 : dans les deux cas l'enfant peut être malade ; suralimenté dans le premier, il reçoit une alimentation insuffisante dans le second. Ces modifications apportées dans la composition chimique du lait se retrouvent à l'état physiologique, et il ne faut pas l'oublier : les quantités de beurre varient, en effet, chez une même femme, suivant la période de la tétée. Le lait qui sort le premier est peu chargé de beurre, et c'est le lait qui coule à la fin de la tétée qui est de beaucoup le plus chargé en beurre.

a) *Lait riche*. — Le professeur BUDIN a publié dans le *Nourrisson* (pages 169 et suivantes) des observations classiques, où il est montré que les enfants qui prennent un lait trop chargé en matières grasses ont souvent des accidents gastro-intestinaux ; ils ont des garde-robes liquides, mal digérées et que l'analyse démontre très chargées en graisse. En pareil cas, les manifestations cutanées, l'eczéma en particulier, ne sont pas rares chez ces enfants. BUDIN et MICHEL¹, à la Société d'Obstétrique de Paris, ont très bien décrit ces faits de dyspepsie butyrique.

Sans contredit, la matière grasse est la substance qui est le plus souvent en cause. Mais l'on peut aussi se demander si, à côté de la *quantité* de matière grasse contenue dans le lait, il ne faut pas faire intervenir un autre facteur ; celui de la *qualité* de la matière grasse. C'est du reste l'opinion de MARFAN². Dans trois cas de diar-

1. BUDIN et MICHEL. Sur l'utilisation des graisses dans l'organisme du nourrisson (*Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 15 juin 1899).

2. MARFAN. *Loc. cit.*

rhée dyspeptique survenue chez des nourrissons élevés par des nourrices saines en apparence, cet auteur fit pratiquer l'examen microscopique du lait, et fut très frappé de la petitesse extrême des globules gras ; il fut ainsi conduit à regarder la matière grasse à très petits globules comme pouvant engendrer la diarrhée. FRIEDMANN¹ a fait les mêmes constatations.

Les variations de la matière grasse sont les plus fréquentes, mais il en existe d'autres, et qui peuvent aussi donner lieu à des accidents de dyspepsie gastro-intestinale ; nous voulons parler de l'excès de *matières albuminoïdes* renfermées dans le lait. BABEAU² a publié l'observation d'une nourrice qui eut trois grossesses et ne put allaiter aucun de ses enfants, car chaque tétée était infailliblement suivie de vomissements. Son lait fut analysé ; il renfermait de 25 à 36 grammes de matières albuminoïdes, c'est-à-dire un grand excès. Il y avait aussi un excès de graisse, 64 grammes par litre, et il est certain que ce facteur jouait aussi son rôle dans la production des accidents observés chez les enfants de cette femme.

Les faits cités de troubles dus à un *excès de lactose* ne sont guère probants. KLEMM³ affirme pourtant avoir observé des troubles liés à un excès de lactose. Mais ces cas sont rares.

Un peu plus fréquents sont les cas cités par MARFAN

1. FRIEDMANN. Die Beurtheilung der Qualität der Frauenmilch nach ihren mikroskopischen Bilde (*Deutsche med. Woch.*, XXVIII, 1903, p. 66).

2. BABEAU. Troubles gastro-intestinaux provoqués chez un enfant par la composition du lait de la nourrice (*Nouveau Montpellier médical*, VI, 1897).

3. KLEMM. (*Jahrb. für kinderh.*, 1898, t. XLVII).

et LEVISEUR, où les troubles diarrhéiques du nourrisson étaient déterminés par un *excès de sels minéraux* contenus dans le lait de la nourrice. C'est ainsi que chez un enfant de onze mois atteint d'une diarrhée excessive sans qu'on pût incriminer aucune faute d'allaitement, l'analyse du lait montra qu'il renfermait 80 p 100 de sels, au lieu de 2 ou 3 p. 100 (LEVISEUR).

En résumé, à part les anomalies qui portent sur la matière grasse du lait et qui le rendent trop riche, les autres ne sont pas fréquentes. Cependant leur possibilité justifie toujours les analyses chimiques de lait, en présence de troubles digestifs ou nutritifs du nourrisson que rien n'explique.

b) Lait pauvre. — Plus rarement les enfants prennent un lait ne renfermant pas une quantité suffisante de matières alimentaires, mais contenant par contre beaucoup d'eau ; en pareille circonstance, les enfants, tout en prenant parfois des quantités très considérables de ce lait très aqueux augmentent très peu de poids ; par contre, ils urinent beaucoup.

Nous avons vu à la Consultation de Nourrissons de la Clinique Tarnier deux enfants qui augmentaient très peu. Bien réglés, nourris au sein, ils ne présentaient pas de troubles digestifs ; cependant leur courbe de poids restait fort au-dessous de la moyenne. L'analyse du lait fut faite et montra que chez l'une de ces femmes le lait ne renfermait que 15 grammes de beurre par litre (n° 5395) ; chez l'autre 19 grammes (n° 5280). En modifiant le régime alimentaire de ces deux femmes, le lait devint plus nourrissant, et les enfants augmentèrent à nouveau.

c) *Conditions physiologiques ou pathologiques pouvant favoriser l'altération du lait.* — Parmi les conditions physiologiques qui peuvent amener des modifications dans la composition chimique du lait de femme, il faut citer l'alimentation. L'alimentation influe d'une façon très nette sur la composition chimique du lait. Le tableau suivant¹ indique les variations que le lait subit avec le mode d'alimentation :

Pour 1000 parties de lait.	Lait de femme.	
	Alimentation très pauvre.	Alimentation très riche.
Eau.	883,0	857,9
Matières albuminoïdes. . . .	24,1	26,5
Graisse.	29,8	44,6
Sucre.	60,7	67,1
Matières extractives.	60,7	67,1
Sel.	2,4	3,9

De même, l'abus de la bière, du café, du vin, des liqueurs fortes, de l'alcool, modifient le lait, et peuvent déterminer des accidents chez le nourrisson dont les plus fréquents sont : les troubles digestifs, l'eczéma (QUILLIER), et les convulsions dans les cas d'alcoolisme.

A propos des accidents survenus chez des enfants nourris au sein par des nourrices alcooliques, mentionnons, à titre de mémoire, l'observation de CHARPENTIER² aujourd'hui classique : « *Eczéma et convulsions chez un nouveau-né provenant d'alcoolisme et produits par le régime de la nourrice.* » Du reste, NICLOUX³ a parfaite-

1. ARMAND GAUTHIER. Influences modificatives du lait (*Cours de chimie*, t. III, 1892, 718-721).

2. CHARPENTIER. (*Bulletin de la Société protectrice de l'enfance*, 1873, p. 201.)

3. NICLOUX. Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme. Détermination d'un alcoolisme congénital (*Thèse de Paris*, 1900).

ment démontré expérimentalement que l'alcool ingéré sous forme d'alcool à 10 p. 100 passe dans le lait. Le sang et le lait renferment au même instant et à peu près la même proportion d'alcool. Les expériences cliniques faites sur les femmes par Nicloux complètent les démonstrations faites sur l'animal.

Et même la bière, la simple bière dite de nourrice, n'est pas inoffensive. QUILLIER dans sa thèse a relaté toute une série d'observations de nourrissons élevés au sein dont les mères prenaient de la bière ; ces enfants présentaient de l'eczéma. La mère cessait l'usage de la bière, l'eczéma disparaissait. Mais, fait curieux, dès que la maman buvait à nouveau de la bière, l'enfant avait une nouvelle poussée d'eczéma. (Observations IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, thèse QUILLIER.)

Les émotions violentes agissent aussi parfois sur la composition du lait : elle peuvent déterminer des modifications telles que l'allaitement au sein ne peut plus être continué. Il faut changer l'enfant de nourrice, ou bien avoir recours à l'allaitement artificiel. Ces faits sont bien connus, et l'on nous permettra de ne pas y insister longuement. Il en est de même pour la menstruation qui, tout en diminuant la sécrétion lactée, change quelquefois la composition du lait, si bien que l'enfant ne peut plus le supporter.

Parmi les maladies chroniques qui peuvent atteindre la mère nourrice, il en est une qui expose gravement le nourrisson, c'est la tuberculose. Car, infailliblement, quand une femme qui allaite est soupçonnée et, à plus forte raison, atteinte de tuberculose pulmonaire, son entourage lui conseille toujours de sevrer son enfant. Or, nous le savons tous, ce n'est pas impunément que

l'on sèvre brusquement un enfant, surtout s'il est jeune.

Nous avons exposé rapidement les accidents les plus répandus au cours de l'allaitement au sein. Souvent bénins, ils peuvent devenir dans certaines circonstances, de par l'ignorance, de par la négligence des mères à y remédier, particulièrement graves, et amener la mort des enfants.

Nous allons maintenant étudier leur fréquence.

CHAPITRE II

FRÉQUENCE DES ACCIDENTS DANS L'ALLAITEMENT AU SEIN

Les accidents dans l'allaitement au sein sont-ils fréquents ? C'est là une question fort difficile à résoudre. Sans doute, les *incidents* au cours de l'élevage au sein sont fréquents, et les véritables *accidents* le sont moins. Mais il n'y a qu'un degré entre ces deux termes, et tel enfant, qui ne présente que quelques incidents, peut, à la suite de l'inobservation répétée des règles essentielles de l'allaitement au sein, présenter des accidents parfois mortels. D'autres facteurs sont encore en jeu. Dans certains milieux où l'enfant est surveillé, où le médecin est appelé à la moindre indisposition du bébé, les accidents sont rares ; ils sont fréquents, au contraire, chez les enfants des femmes de la classe ouvrière, qui ne recourent au médecin qu'à la dernière extrémité. Il faut bien le dire, ces femmes-là sont la majorité. Les femmes du peuple, imbuës des idées d'autrefois, ignorantes de leur métier de mère, se fient aux conseils des voisines ; elles commettent ainsi des erreurs regrettables qui,

répétées journellement, compromettent gravement la santé des bébés.

C'est du reste pour remédier à cet état de chose déplorable que le professeur BUDIN eut l'idée de créer sa première Consultation de Nourrissons. Ce qui était vrai en 1892, l'est encore aujourd'hui. En 1900, le Dr PLANCHON¹ rapportait dans l'Obstétrique les observations de quelques nourrissons élevés au sein, chez lesquels des troubles survenus après leur sortie de l'hôpital avaient nécessité la rentrée dans le service.

Actuellement, à la Consultation de Nourrissons, nous observons des faits analogues.

I. — Suralimentation.

Pendant le court séjour qu'elles font à l'hôpital, au moment de leurs couches, les mamans apprennent la façon dont il faut régulariser les tétées. Mais c'est là un stage fort insuffisant. Rentrées chez elles, les femmes oublient vite les conseils donnés. Aussi, quand elles ramènent leurs enfants à la Consultation, beaucoup sont-ils malades.

Un travail récent de MM. BOISSARD et DEVÉ², fait à la Consultation de Nourrissons qu'ils dirigent à l'hôpital Tenon, est des plus éloquents à cet égard. Ils ont relevé le poids de 174 enfants, nés dans le service d'accouchements de l'hôpital Tenon, au moment de leur sortie

1. P. PLANCHON. Troubles survenus chez des nourrissons après leur sortie de l'hôpital. Moyens employés pour les combattre (*Obstétrique*, 15 juillet 1900).

2. BOISSARD et DEVÉ. La Consultation des nourrissons de l'hôpital Tenon en 1903 (*Annales de la Société obstétricale de France*, Paris, Doin, 1904).

de l'hôpital, et au moment où ils se présentaient à la Consultation, un mois au plus tard après leur sortie. Ces enfants, sans exception, étaient nourris au sein par leurs mères, qui avaient du lait en quantité suffisante. Pendant leur séjour à l'hôpital, elles avaient pris de bonnes habitudes, et reçu de véritables leçons d'allaitement. Leur retour à la Consultation témoigne du désir d'élever aussi bien que possible leurs enfants, et il est bien certain que ces 174 mères faisaient de leur mieux pour nourrir leurs bébés. Cependant les résultats ne sont pas très brillants :

35 de ces enfants (20,1 p. 100), avaient eu un accroissement normal.

25 de ces enfants (14,4 p. 100), avaient eu un accroissement excessif.

63 de ces enfants (36,3 p. 100), avaient eu un accroissement insuffisant.

3 de ces enfants (1,7 p. 100), n'avaient pas augmenté de poids.

48 de ces enfants (27,6 p. 100), avaient diminué de poids.

Le poids était donc anormal dans 80 p. 100 des cas. Un certain nombre d'enfants avaient une atrophie notable, atrophie qui atteignait 7 à 800 grammes en un mois, pour plusieurs (Boissard et Devé).

De notre côté, nous avons fait des recherches analogues, en compulsant les registres de la Consultation de Nourrissons du mercredi de la Clinique Tarnier. Nous avons fait le relevé exact de tous les enfants nourris au sein par leurs mères, et venus à la Consultation moins de deux mois après leur sortie de l'hôpital. Parmi eux nous n'avons compté que ceux qui étaient nourris au

sein par leurs mères, suffisantes jusqu'alors, et qui n'avaient pris que le sein maternel. Nous avons ensuite noté le poids de naissance, le poids à la sortie, le poids

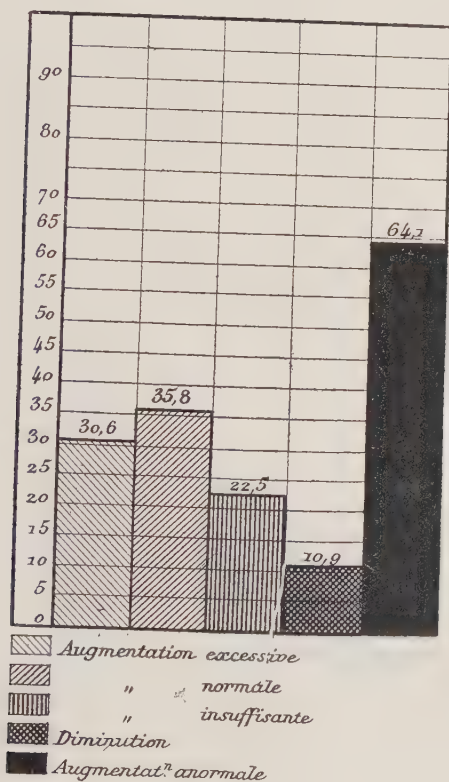


Fig. 1

au moment où l'enfant est inscrit à la Consultation, et le temps écoulé entre la date de sortie de l'hôpital et celle de l'inscription à la Consultation.

Nous avons trouvé ainsi, dans ces conditions, 310 enfants. Voici les résultats obtenus :

95 enfants (30,6 p. 100), avaient eu un accroissement excessif, c'est-à-dire dépassant une moyenne de 30 grammes par jour.

111 enfants (35,8 p. 100), avaient un accroissement normal, c'est-à-dire variant entre 15 et 30 grammes d'augmentation moyenne par jour.

70 enfants (22,5 p. 100), avaient un accroissement insuffisant, c'est-à-dire variant entre 0 et 14 grammes d'augmentation par jour.

34 enfants (10,9 p. 100), avaient diminué.

En résumé, 199 enfants, soit 64,1 p. 100, n'avaient pas augmenté d'une façon normale ; les uns trop ou pas assez, les autres avaient diminué (figure n° 1).

Nos chiffres ne concordent pas tout à fait avec ceux obtenus par MM. Boissard et Devé. Cela tient peut-être à ce que notre statistique porte sur un plus grand nombre d'enfants (310 au lieu de 174), d'une part ; d'autre part à ce fait que nous avons reporté de un à deux mois la limite fixée par MM. Boissard et Devé. Toujours est-il que cette statistique fournit une indication précieuse, à savoir : plus de la moitié des enfants nourris au sein n'augmentent pas d'une façon normale au début de l'allaitement, lorsque celui-ci est uniquement dirigé par la mère.

Dans le tableau A, annexé aux *Notes et pièces justificatives*, figurent dans la colonne « *Observations* », les termes suivants : *mal réglé, garde-robes fréquentes, vomissements*, etc., etc., et dont voici l'explication.

Quand un enfant vient pour la première fois à la Consultation, le médecin qui fait la Consultation demande toujours à la maman combien de fois par jour elle met son bébé au sein, et combien de temps elle l'y laisse ?

Si la mère a commis des fautes ; c'est-à-dire, si, malgré les conseils donnés à l'hôpital après son accouchement, les tétées ont été trop fréquentes, si leur durée a été excessive, la phrase suivante est inscrite sur le regis-

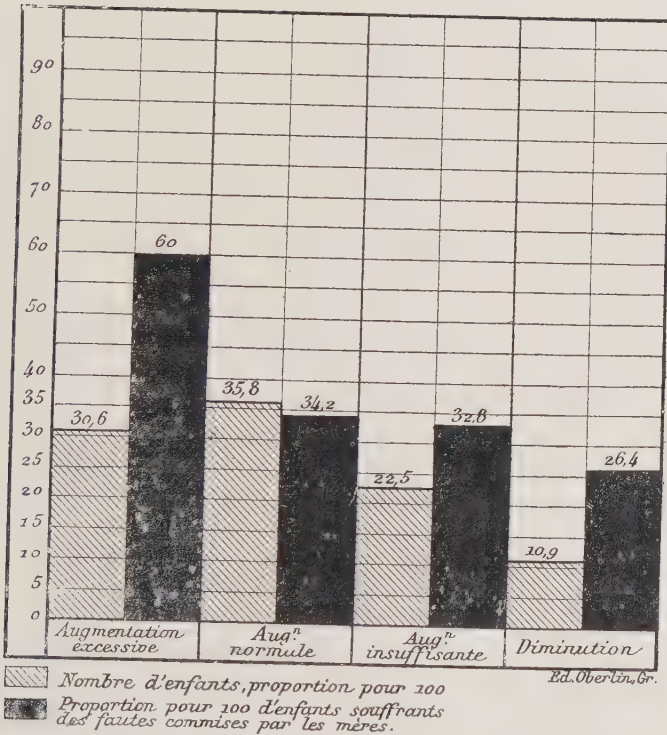


Fig. 2.

tre : *enfant mal réglé*. On lui demande aussi si les garde-robes sont fréquentes, de quelle couleur elles sont; si l'enfant vomit, etc., etc., Ce sont là, en effet, les symptômes habituels de la suralimentation par défaut de réglage.

Les registres de la Consultation nous ont ainsi appris que 127 enfants sur 310, c'est-à-dire 40,9 p. 100, avaient souffert de ces fautes commises par les mères. Les uns étaient simplement mal réglés, et ne présentaient pas encore d'accidents à proprement parler ; d'autres, au contraire, avaient des accidents plus ou moins accusés, nécessitant parfois leur rentrée dans le service.

Poussant plus loin l'étude de notre tableau, nous avons recherché dans quelles proportions ces fautes contre les règles de l'allaitement, fautes déterminant des accidents, se rencontraient suivant l'augmentation de poids de l'enfant depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'à son entrée à la Consultation. Voici les résultats :

Accroissement excessif : 95 enfants : 57 (soit 60 p. 100), souffraient des fautes commises par leurs mères.

Accroissement normal : 111 enfants : 38 (soit 34,2 p. 100), souffraient des fautes commises par leurs mères.

Accroissement insuffisant : 70 enfants : 23 (soit 32,8 p. 100), souffraient des fautes commises par leurs mères.

Diminution : 34 enfants : 9 (soit 26,4 p. 100), souffraient des fautes commises par leurs mères.

A première vue, cette statistique semble confirmer ce que nous savons déjà : plus les enfants sont suralimentés, plus ils augmentent, et plus ils sont exposés aux accidents de la suralimentation. Mais ces chiffres n'ont qu'une valeur relative. En effet, parmi les enfants ayant diminué de poids figurent certainement des nourrissons chez lesquels le défaut de réglage, la suralimentation avait amené tout d'abord une augmentation excessive ; puis des accidents digestifs survenant, l'enfant avait maigri, diminué ; si bien que les chiffres donnés

plus haut ne répondent pas à l'absolue réalité. Ces réserves faites, cette statistique reste intéressante.

II. — Insuffisance de la sécrétion lactée.

L'insuffisance de la sécrétion lactée chez la mère qui allaite peut amener des troubles parfois graves chez le jeune enfant, si l'on n'y met rapidement bon ordre. Cette insuffisance passagère ou définitive n'est pas très fréquente, heureusement, du moins parmi les femmes de la Consultation de Nourrissons de la Clinique Tarnier.

Sur 191 femmes nourrissant au sein, ayant suivi la Consultation pendant un mois au moins, 27 étaient insuffisantes, lorsqu'elle se présentèrent pour la première fois à la Consultation, soit 14,1 p. 100.

Parmi elles :

10 n'avaient commis aucune faute ; depuis leur sortie de l'hôpital elles n'avaient donné que le sein.

11, au contraire, d'elles-mêmes, avaient cru bon de donner en plus plus de leur sein, du lait de vache, pur ou coupé, et les quantités données étaient parfois très élevées.

6 enfin avaient donné les quantités de lait stérilisé prescrites par le chef de service au moment de leur départ, en plus du sein.

Le tableau B indique que sur ces 27 enfants dont les mères étaient insuffisantes, 6 ont dû être repris dans le service, car ils étaient gravement compromis. Nous verrons au chapitre suivant que ces enfants, du jour où ils ont été surveillés, n'ont pas eu à souffrir de cette insuffisance de la sécrétion lactée au début de l'allaitement.

III. — Modifications dans la composition chimique du lait.

a) *Lait riche.* — Parmi les 191 femmes nourrissant au sein et ayant suivi la Consultation au moins pendant un mois, 7 ont présenté un excès de beurre dans leur lait.

Parmi les enfants ayant pris ce lait trop riche, 3 ont eu véritablement à en souffrir (n^{os} 5053, 5162, 5178). Tableau C. Pour ce dernier même, la mère après avoir quitté la Consultation, dut le mettre au lait stérilisé.

b) *Lait pauvre.* — Deux femmes seulement parmi les 191 citées ont eu un lait très pauvre. Tableau D.

c) *Conditions pathologiques favorisant les modifications dans la composition du lait.* — Tuberculose, 5 cas. Tableau E.

IV. — Enfants repris dans le service.

Enfin, certains de ces enfants nourris au sein ont dû être repris dans le service au cours de l'allaitement. Ces enfants sont au nombre de 16 :

4 pour troubles gastro-intestinaux dus à la suralimentation.

3 pour troubles gastro-intestinaux sans cause connue.

3 pour troubles gastro-intestinaux déterminés par l'adjonction intempestive de lait de vache.

1 parce qu'il ne voulait pas téter.

3 parce que la mère était insuffisante.

1 parce que le lait maternel était trop riche.

1 pour muguet.

Tableau F.

Ainsi donc, un grand nombre d'enfants sont suralimentés de par la faute des mères qui méconnaissent les règles les plus élémentaires de l'hygiène infantile ; d'autres souffrent de l'insuffisance de la sécrétion lactée, ou des modifications survenues dans la composition chimique du lait, et leur état laisse parfois tellement à désirer que l'on est obligé de les hospitaliser. Tous ces faits montrent bien que les causes qui déterminent ces accidents ne sont point rares. Si à la Consultation, ces accidents ont été, le plus souvent, peu graves, cela tient à la surveillance. Nous allons le démontrer.

CHAPITRE III

LA SURVEILLANCE MÉDICALE DANS L'ALLAITEMENT AU SEIN

Depuis longtemps déjà, la plupart des médecins qui s'occupaient d'hygiène infantile réclamaient la surveillance médicale des enfants nourris au sein, lorsque le professeur Budin, après avoir créé la première Consultation de Nourrissons, eut l'honneur de montrer toute l'importance, la nécessité de cette surveillance. En effet, la Consultation des Nourrissons, avec son mode de fonctionnement si simple, permet d'exercer cette surveillance d'une façon absolument parfaite ; et les bienfaits qu'on en retire ne tardent pas à se faire sentir. Grâce à elle, *les accidents de l'allaitement au sein non surveillé* deviennent *des incidents dans l'allaitement surveillé*. Le plus souvent même, ces incidents ne se produisent pas, car la surveillance permet de faire l'éducation de la mère.

I. — Suralimentation.

A l'hôpital, les mères, avons-nous dit, reçoivent une première éducation, elles partent ensuite emportant leurs bébés en bon état. Si elles reviennent à la Consultation à bref délai, leurs enfants sont peu ou pas malades

lorsque nous les voyons pour la première fois. En effet, les mères sont encore sous l'influence des conseils reçus à l'hôpital, et n'ont pas encore commis de fautes dans l'allaitement. Si, parfois, quelques fautes ont été commises, elles n'ont pas encore eu le temps de déterminer des accidents : et, comme l'enfant est rapidement surveillé, ces fautes ne se renouvelleront plus. Au contraire, quand les mères viennent tardivement, elles ont oublié nos conseils, ont écouté les voisines, commis fautes sur fautes : le plus souvent leurs enfants sont malades. Mais l'on pourra nous objecter que, parmi les femmes venues tardivement, un grand nombre n'avaient pas l'intention de suivre la Consultation, et qu'elles viennent uniquement parce que l'enfant est malade. Cela est fort possible, mais il n'en reste pas moins prouvé que l'enfant est resté longtemps sans être surveillé, et qu'il est tombé malade.

La statistique suivante le prouve aisément

En nous servant des éléments, figurés dans le tableau A, nous avons établi, pour chaque groupe d'enfants (augmentation excessive, normale, insuffisante ; diminution), la proportion d'accidents liés au défaut de réglage, à la suralimentation ; et cela, suivant que les enfants étaient venus à la Consultation du 1^{er} au 10^e jour après la sortie de l'hôpital, du 11^e au 30^e jour, du 31^e au 60^e jour.

	Du 1 ^{er} au 10 ^e jour.		
	Nombre d'enfants.	Enfants ayant présenté des accidents.	Moyenne.
Augmentation excessive.	40	22	55,5 %
Augmentation normale.	43	12	27,9 %
Augmentation insuffisante. . . .	32	9	28 %
Diminution.	22	4	22,2 %

Du 11 ^e au 30 ^e jour.			
	Nombre d'enfants.	Enfants ayant présenté des accidents.	Moyenne.
Augmentation excessive.	45	28	62,2 %
Augmentation normale.	43	20	46,5 %
Augmentation insuffisante. . . .	30	11	36,6 %
Diminution.	11	4	36 %

Du 31 ^e au 60 ^e jour.			
	Nombre d'enfants.	Enfants ayant présenté des accidents.	Moyenne
Augmentation excessive.	10	7	70 %
Augmentation normale.	25	6	24 %
Augmentation insuffisante. . . .	8	3	34,2 %
Diminution.	1		

En faisant abstraction des enfants ayant augmenté d'une façon normale, nous voyons que plus les enfants viennent tard, plus ils sont exposés aux troubles digestifs, aux accidents déterminés par la suralimentation. En vérité, le dévouement maternel le plus absolu ne peut remplacer l'éducation.

Voici, du reste, les chiffres fournis (figure 3).

94 enfants sont venus du 1^{er} ou 10^e jour. Proportion des accidents, 37,2 p. 100.

86 enfants sont venus du 11^e au 30^e jour. Proportion des accidents, 50 p. 100.

19 enfants sont venus du 31^e au 60^e jour. Proportion des accidents, 57 p. 100.

Nous observons surtout les accidents graves parmi les enfants dont les mères tardent trop à venir à la Consultation après leur sortie de l'hôpital. M. MAYGRIER ¹

1. MAYGRIER. Six années de pratique d'une Consultation hospitalière de nourrissons (*Annales de la Soc. obst. de France*, 1904, Doin).

avait, du reste, déjà attiré l'attention sur ce fait. Il a été très frappé de la différence qui existe entre les nourrissons qui ont suivi tout de suite la Consultation, et ceux

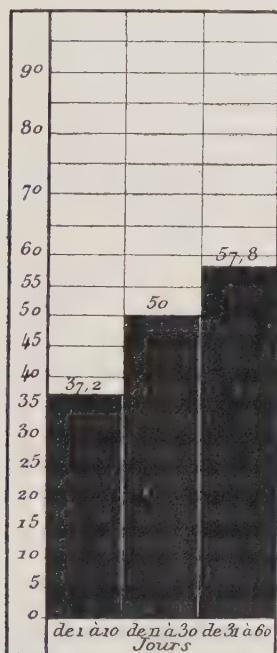


Fig. 3.

qui n'y sont venus qu'au bout de plusieurs mois. Ainsi, sur 76 enfants, âgés de 2 mois à 1 an, nés à terme, et n'ayant été amenés que tardivement à la Consultation de la Charité, 19 étaient malades, dont :

- 9 atteints de gastro-entérite,
- 4 atrophiques,
- 2 athrepsiques,
- 2 atteints de bronchite,

1 syphilitique,
1 atteint d'ophtalmie chronique.

Voici une observation qui montre bien que, dès que l'enfant est surveillé, la mère dirigée et conseillée, l'état général de l'enfant s'améliore, et que sa courbe de poids s'élève d'une façon plus régulière.

OBSERVATION III (N° du registre 5.320, Fig. 4). — *Enfant né le 5 septembre 1904. Poids 2.100 grammes. Quitte le service, nourri au sein par sa mère, bien portant et pesant 2.350 grammes, le 13 septembre.*

L'enfant est ramené à la consultation le 19 octobre ; il pèse 2.550, n'ayant augmenté que de 5 gr. 4 par jour. Cet enfant est mal réglé, il est mis au sein dès qu'il pleure ; son ventre est dur, tendu ; il vomit souvent, et son état de santé est tel que sa rentrée dans le service est jugée nécessaire. Il rentre, en effet, et reste quelques jours dans le service ; il est mis au sein toutes les deux heures pendant cinq minutes tout d'abord, puis pendant dix ; il sort bien portant. A partir de ce moment, grâce aux conseils donnés à la mère, grâce à la surveillance médicale de l'allaitement au sein, les fautes sont évitées, et l'enfant se met à augmenter normalement. L'inspection de la courbe (fig. 4), fait voir combien la courbe de poids se relève et se rapproche de la normale pour ne plus s'en écarter.

Il est certain que ces fautes, en se répétant tous les jours, ont le temps de déterminer des accidents très graves ; en voici deux exemples (QUILLIER)¹.

OBSERVATION IV (N° du registre 5.116, Fig. 5 et 6) — *Enfant né à la Clinique Tarnier le 11 juin 1903. Poids 3.200 grammes.*

1. QUILLIER. Nécessité d'une direction médicale dans l'allaitement au sein. *Loc. cit.*

Nourri au sein par sa mère. Quitte la Clinique le 20 juin bien portant, et pesant 3.300 grammes. Ramené à la Consultation

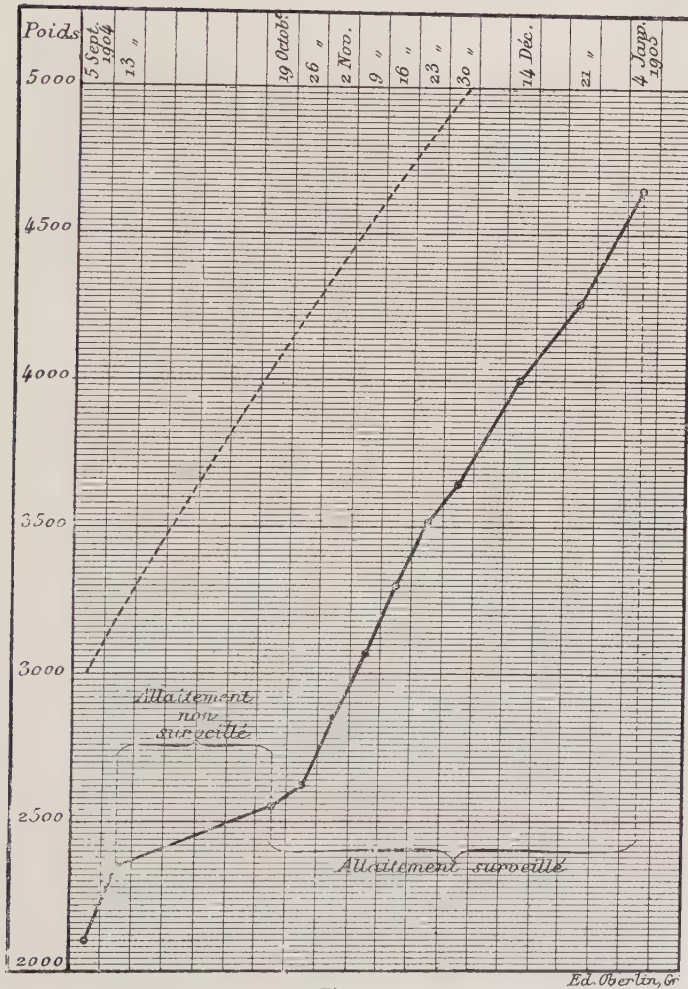


Fig. 4.

de Nourrissons le 15 juillet, atteint de troubles gastro-intestinaux, qui nécessitent sa rentrée dans le service.

M^{me} Copp... accouche, le 11 juin 1903, à la Clinique Tarnier, d'un garçon pesant 3.200 grammes. Nourri par sa mère, qui a du lait en quantité suffisante, cet enfant nous quitte le 20 juin en très bon état; il pèse alors 3.300 grammes. Le 15 juillet, c'est-à-dire 25 jours après sa sortie de la Clinique, l'enfant est amené pour la première fois à la Consultation de Nourrissons. Il pèse 3.370 grammes, ayant seulement augmenté de 2 grammes par jour. Il a mauvais aspect, il est pâle, vomit après chaque tétée. Nous interrogeons la mère et nous apprenons alors que cet enfant n'est pas réglé. Il tète chaque fois qu'il crie. Nous conseillons alors à la mère, dont la sécrétion lactée est abondante, de donner le sein uniquement toutes les deux heures, et de ne pas laisser l'enfant au sein plus de cinq minutes.

Huit jours après, le 22 juillet, l'enfant nous est ramené. Dans la semaine, il a diminué de 370 grammes. Il est maigre, décharné, ridé, crie sans cesse; il a de l'érythème du siège. De plus, ses garde-robes sont vertes.

En raison de la gravité de l'état de l'enfant, nous conseillons à la mère de rentrer dans le service avec son bébé; c'est le seul moyen de le sauver. Les détails de la courbe (fig. 5), montrent le traitement institué, ainsi que le régime alimentaire prescrit; pensant que le lait de la mère ne convenait pas à cet enfant, on lui donna très peu de lait maternel, les tétées étaient complétées soit par du lait de nourrice, soit par de l'eau bouillie. Son poids baissait tous les jours; pourtant les selles se régularisaient, devenaient plus jaunes, l'état général s'améliorait. L'on diminua ensuite la quantité de lait de nourrice, et l'on augmenta la quantité de lait maternel, tout en maintenant la même quantité d'eau bouillie. Au bout de quelques jours l'enfant se mit à augmenter; ses garde-robes devinrent franchement jaunes. Il cessa de crier. La mère allaita bientôt seule son bébé, qu'elle put emmener bien portant le 23 août, pesant 3.000 grammes. En 16 jours, il avait augmenté de 320 grammes, son poids étant tombé le 7 août à 2.680 grammes. M. Budin a rapporté dans le *Nourrisson* des faits analogues.

ment bien porté. Une surveillance médicale l'avait empêché de mourir.

OBSERVATION V (N° du registre 2,467, Figures 7, 8 et 9). —

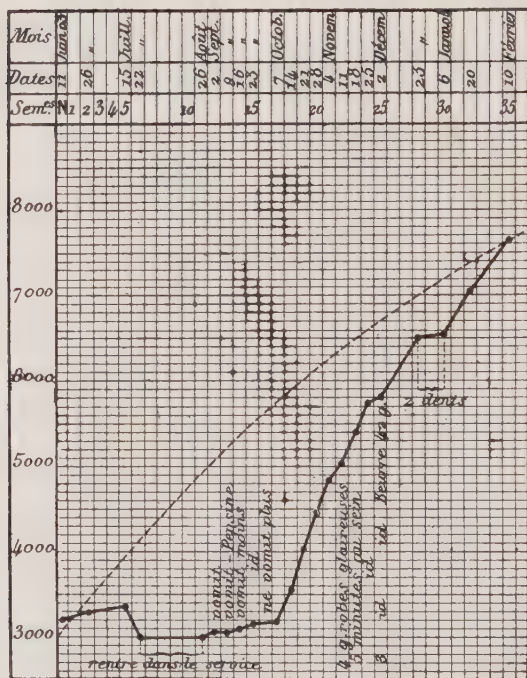


Fig. 6. — N° 5416.

Enfant né à la Clinique Tarnier le 9 mars 1904. Poids 2.950. Nourri au sein par sa mère. Quitte la Clinique le 20 mars bien portant, pesant 3.180 grammes. Remené à la Consultation le 15 avril atteint de troubles gastro-intestinaux qui nécessitent sa rentrée dans le service.

L'enfant Tom..., né à la Clinique Tarnier le 9 mars 1904, pèse à sa naissance 2.950 grammes. Il quitte le service le 20 mars, pesant 3.180, et nourri au sein par sa mère. Pendant

le séjour de cet enfant à l'hôpital, il se produit déjà de petits accidents, insignifiants en apparence, mais qui pouvaient nous faire prévoir ceux qui allaient survenir peu après.

Cinq jours après sa naissance, cet enfant a déjà dépassé

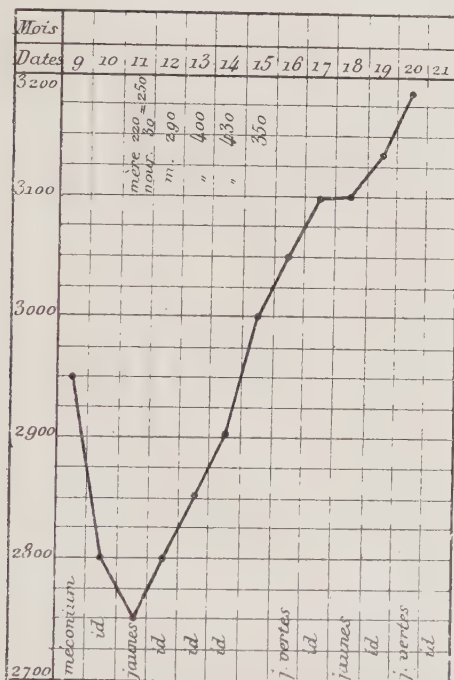


Fig. 7. — N° 2467.

son poids initial. Il augmente beaucoup trop. Le troisième jour, son gain dans les 24 heures est de 50 grammes, de 50 grammes encore le 4^e jour, et le 5^e jour de 100 grammes. Aussi, fatalement, le 6^e jour, après une nouvelle augmentation de 50 grammes, les selles, de jaunes qu'elles étaient auparavant, deviennent-elles jaunes vertes. Le lendemain, il en est de même. Malgré toutes nos observations, malgré la surveillance très active du personnel hospitalier, cette femme laisse son enfant trop longtemps au sein ; et lorsqu'il quitte le ser-

vice, ses garde-robes sont mal digérées et même un peu verdâtres (fir. 7).

Rentrée chez elle, cette femme, alors, oublie tout à fait nos conseils. Son enfant tête autant et aussi longtemps qu'il le désire. Les garde-robes deviennent tout à fait vertes, et les vomissements font leur apparition. L'enfant crie tout le temps. Comme toujours, pour le calmer, sa mère lui donne le sein. Fort et vigoureux, ce nourrisson tête avec avidité. Mais les troubles digestifs augmentent d'intensité. Il y a de l'érythème du siège. Bientôt l'enfant dépérit, refuse le sein, crie nuit et jour. Son teint devient jaune. Lorsque sa mère nous l'amène le 15 avril, pour la première fois, c'est-à-dire 25 jours après avoir quitté le service, il est presque mourant, cet enfant nourri au sein !

Il est sale, mal tenu. Son ombilic suppure. Sur la figure sont disséminés quelques placards d'eczéma impétigineux. Son poids est de 3.030 grammes ; cet enfant a donc diminué de 150 grammes en 25 jours. Il ressemble à un petit vieillard, tant sa peau est ridée. Le cri est plaintif ; vraisemblablement, cet enfant n'a même plus la force de téter. Du reste, mis au sein de sa mère, c'est à peine s'il fait quelques mouvements de succion. Depuis quatre jours il en est ainsi. Cet enfant, de par les troubles digestifs dus à la suralimentation, est devenu si faible qu'il n'a plus la force de téter. Il meurt de faim devant une table bien servie, car sa mère a beaucoup de lait, trop même, malheureusement pour lui.

L'enfant rentre, avec sa mère, à l'Isolement le 16 avril.

Il pèse 3.030 grammes. Son état général est toujours le même. De plus, il tousse un peu et présente un écoulement séreux de l'oreille droite. Dans le service les tétées sont régularisées, et le premier jour, la nourrice est forcée de faire boire l'enfant au verre, tant il est faible. Stimulé par des bains chauds, du sérum, des frictions à l'alcool, l'enfant reprend quelques forces, il peut téter. Les garde-robes redevennent jaunes, il ne crie plus, dort bien, et le 29 avril il quitte l'Isolement en bon état, nourri par sa mère, et pesant 3.145 grammes (fig. 8).

Après une alerte aussi chaude, il était permis de croire que la mère se tiendrait pour avertie et ne commettrait plus les mêmes fautes : il n'en fut rien. Le 4 mai, elle revient à la Consultation ; depuis sa sortie de l'Isolement, son bébé a augmenté de 51 grammes par jour. En revanche, il a de la

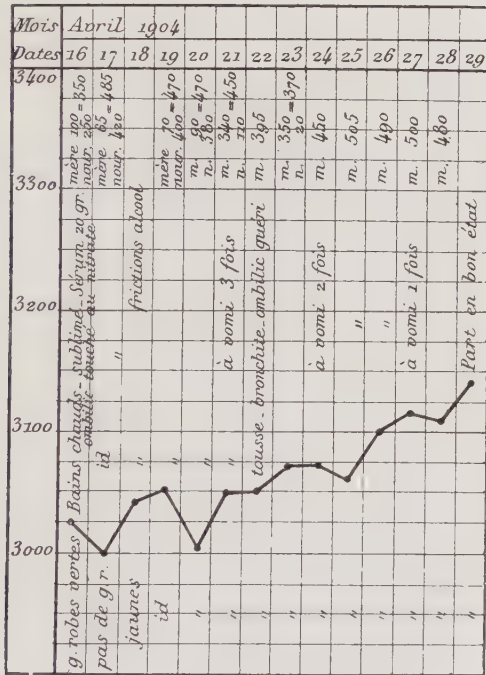


Fig. 8. — N° 2467.

diarrhée et il urine très souvent. Sa mère nous apprend alors qu'elle le laisse une demi-heure au sein « parce qu'il a des coliques ». Le 20 mai, nouvelle augmentation de 51 grammes par jour pendant une semaine. Les mêmes accidents se sont reproduits. Cette fois la mère donne à téter toutes les heures et demie « parce que le petit a faim ».

Enfin, elle finit par comprendre que nous avions raison.

Par la suite, son enfant s'est admirablement élevé, et il continue à bien se porter depuis qu'il est surveillé (fig. 9), mais que serait-il devenu, lui aussi, si une direction médicale n'était intervenue au moment opportun pour le sauver ? Car, pour tous ceux qui ont vu cet enfant lors de sa rentrée dans

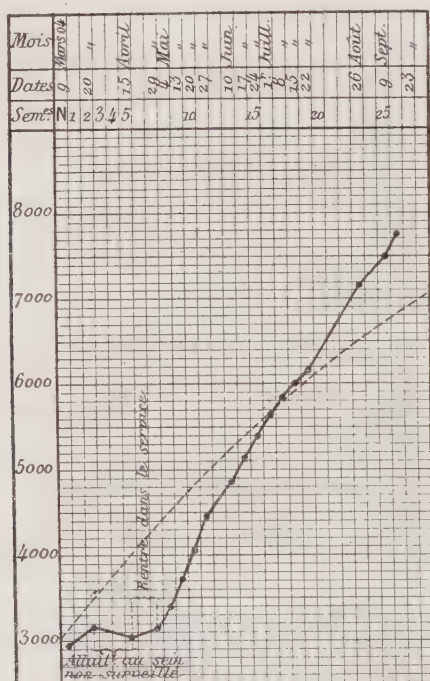


Fig. 9. — N. 2467.

le service de l'Isolément, il était condamné à mourir dans les 48 heures.

Ces deux exemples peuvent être considérés comme typiques ; et cela même nous dispense d'en donner d'autres, pour ne pas nous exposer à des redites inutiles.

II. — Insuffisance de la sécrétion lactée.

La surveillance médicale donne aussi des résultats merveilleux chez les femmes insuffisantes, ou qui se croient insuffisantes.

Nous avons montré qu'au sortir de l'hôpital, la plupart des femmes se fatiguent ; parmi elles quelques-unes voient leur lait diminuer d'une façon passagère. Mais, ne sachant pas cette diminution *passagère*, elles croient qu'elles perdent tout à fait leur lait, et donnent du lait de vache en plus, ou bien même sèvent complètement leurs bébés. Sur les 27 femmes inscrites au tableau B, 11, soit 40,7 p. 100, avaient donné du lait de vache, souvent en proportion considérable, toujours mal à propos et sans règle aucune. Si ces enfants n'ont pas eu à souffrir, c'est que l'on est intervenu assez tôt. Quelques-uns cependant avaient déjà de la diarrhée, quelques troubles digestifs, car, le plus souvent, sans s'en douter, les mères font ainsi de la suralimentation.

Au contraire, quand les enfants sont surveillés de bonne heure, cette insuffisance ne détermine aucun accident : un peu de lait de vache stérilisé est donné à l'enfant. Au fur et à mesure que le lait revient en quantité suffisante dans les seins de la mère, la quantité de lait de vache est diminuée, souvent supprimée, et l'enfant s'élève facilement. En voici plusieurs exemples.

OBSERVATION VI (N° du registre 5.009, Fig. 10). — *Enfant né à la Clinique Tarnier le 22 janvier 1903. Poids 3.050. Quitte la Clinique le 13 février, pesant 3.420 grammes, nourri au sein par sa mère, qui est suffisante.*

Au bout d'un mois, cette femme devient insuffisante, et son enfant diminue. De plus, mal réglé, il a des selles liquides. Il rentre dans le service le 1^{er} avril.

Pendant le temps passé dans le service, la mère nourrit son

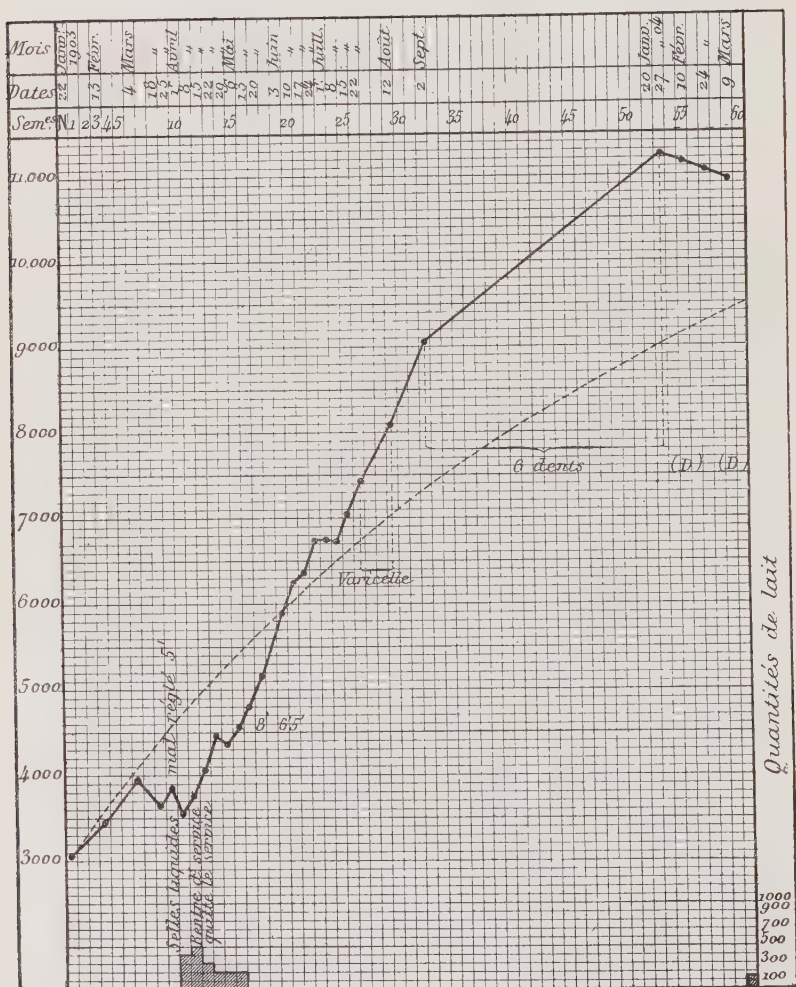


Fig. 10. — N° 3009.

enfant, mais comme elle n'a pas assez de lait, les tétées sont

complétées par 10 bouteilles de 40 grammes de lait stérilisé tout d'abord, puis par 10 de 50. Cet enfant quitte le service le 12 avril en bon état : la mère n'étant pas tout à fait suffisante, 10 bouteilles de 30 grammes sont ordonnées pour compléter les tétées au sein.

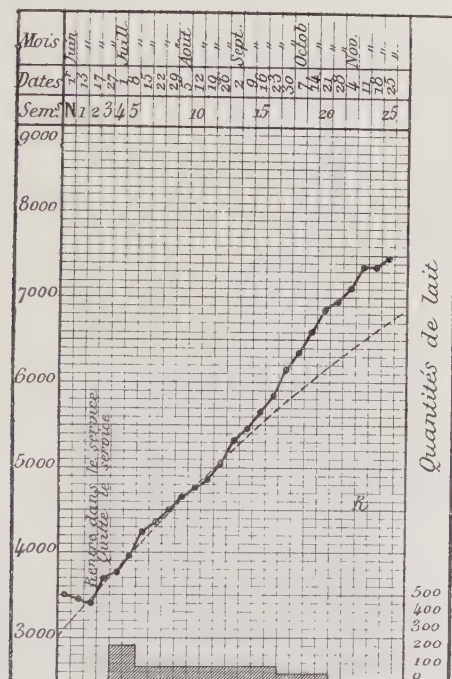


Fig. 11. — N° 5082.

L'enfant revient régulièrement à la Consultation, il est surveillé, et, comme chaque semaine il augmente beaucoup, les bouteilles sont diminuées, puis supprimées, et la mère fait par la suite une très bonne nourrice.

OBSERVATION VII (N° du registre 5.082, Fig. 11). — Enfant né à la Clinique Tarnier le 1^{er} juin 1903. Poids 3.500. Quitte

la Clinique le 13 juin, pesant 3.460, et nourri au sein par sa mère.

Pendant les suites de couches, cette femme a eu de la lymphangite du sein traitée par la compression ; aussi, quand elle part malgré l'avis du chef de service, elle est insuffisante.

Quatre jours après elle revient à la Consultation. Son enfant pèse 3.400, ayant diminué de 60 grammes. A chaque tétée, sa mère lui a donné le sein, plus 50 grammes de lait de vache.

L'on conseille alors à la maman de rentrer dans le service, où l'on s'efforcera de faire remonter son lait. Elle rentre en effet le lendemain. Elle quitte la Clinique le 27 juin, et son enfant a augmenté de 300 grammes en 10 jours. Mais, comme elle est insuffisante, il est prescrit 5 bouteilles de 30 grammes de lait stérilisé.

1^{er} juillet, 3.170 grammes.

15 juillet, 4.250 grammes. Donner à l'enfant 3 bouteilles de 20 grammes seulement.

Il en est ainsi jusqu'au 30 septembre ; à cette date, il est prescrit 2 bouteilles de 20 grammes.

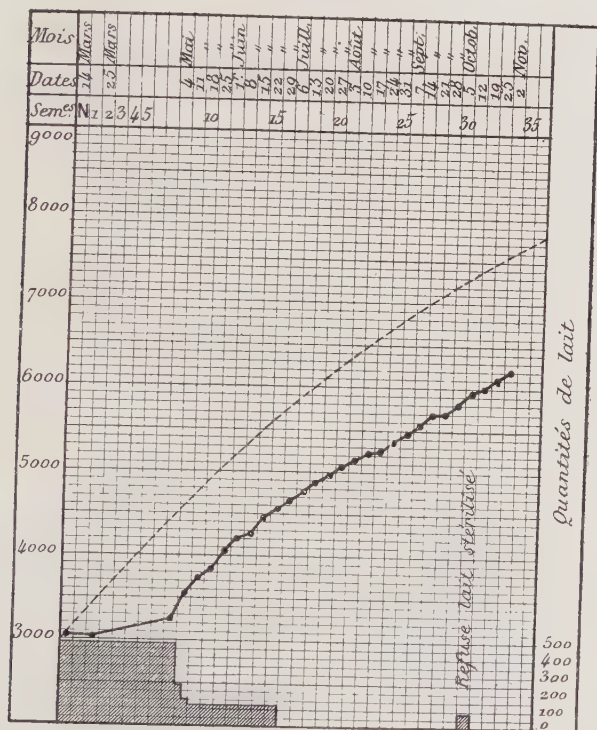
21 octobre. L'enfant augmentant toujours très bien (voir fig. 11), régulièrement, le lait stérilisé est supprimé, et la mère continue à faire une bonne nourrice.

OBSERVATION VIII (N° du registre 5.253. Fig. 12). — *Enfant né à la Clinique Tarnier le 14 mars 1904. Poids 3.040 grammes. Quitte la Clinique le 25 mars, pesant 3.025 grammes, nourri au sein par sa mère, qui n'a pas tout à fait assez de lait.*

Quarante jours après, le 4 mai, cette femme vient avec son enfant à la Consultation pour la première fois. Depuis un mois, l'enfant a été mis, par sa mère, à l'allaitement mixte. Il reçoit le sein trois fois par jours, et un biberon renfermant 60 grammes, de lait stérilisé, puis 10 grammes d'eau, huit fois par jour. Si cette femme n'était venue à la Consultation, c'était l'allaitement artificiel à bref délai ; tandis qu'en venant, on lui donne le conseil de mettre l'enfant au sein à toutes les tétées, et de compléter la tétée avec une bouteille de lait stérilisé : soit 8 bouteilles de 30 grammes

Le 7 mai, l'enfant a augmenté de 180 grammes en 3 jours ; aussi a-t-il des garde-robes fréquentes. La quantité de lait stérilisé est alors diminuée, 5 bouteilles de 30 grammes.

La semaine suivante, l'augmentation est de 220 grammes. L'on diminue encore : 4 bouteilles de 30 grammes.



3.800 grammes. Quitte le service le 26 janvier, pesant 3.980, nourri au sein par sa mère, qui a du lai.

22 février. L'enfant est amené à la Consultation pour la première fois. Il n'a augmenté que de 12 grammes par jour depuis sa sortie de l'hôpital. Depuis quelques jours, la mère

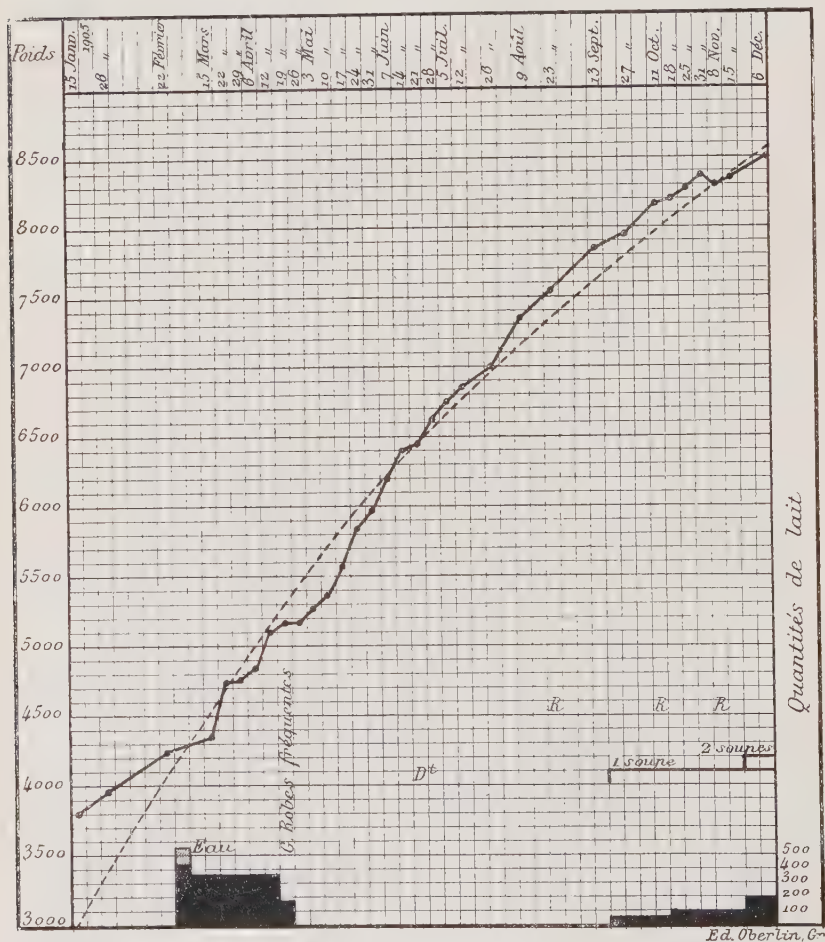


Fig. 13. — N° .

ne donne pour ainsi dire pas à téter ; elle a un abcès du sein en voie de formation, et l'autre sein présente un peu de lymphangite. Livrée à elle-même, cette femme sevrerait son enfant. Au contraire, surveillée, dirigée, conseillée, elle rentre dans le service : ses seins sont soignés, et l'enfant est allaité par une nourrice du service.

11 mars. Elle quitte la Clinique. Cette femme n'a plus de lait dans ses seins, aussi on lui prescrit 9 bouteilles renfermant chacune 50 grammes de lait et 10 grammes d'eau ; mais on lui recommande tout particulièrement de commencer toujours par mettre l'enfant au sein au moment de chaque tétée. Et de fait, le lait remonte peu à peu dans ses seins.

22 mars. L'enfant ayant augmenté dans la semaine de 54 grammes par jour, la quantité de lait stérilisé est réduite : 9 bouteilles de 40 grammes seulement.

12 avril. L'augmentation a été de 34 grammes dans la semaines : 9 bouteilles de lait.

19 avril, 0 lait. La mère continue actuellement à faire une bonne nourrice.

Ces exemples montrent comment des enfants, nourris au sein par des femmes insuffisantes, n'ont pas eu à en souffrir ; car, surveillées, ces femmes ont pu être aidées, et quand le lait est revenu en quantité suffisante dans leurs seins, elles ont pu allaiter seules par la suite.

Il en est tout différemment quand l'enfant n'est pas surveillé, ou s'il l'est trop tard ; en voici la preuve :

OBSERVATION X (N° du registre 5.276. Fig. 14). (QUILLIER).
— *Enfant né en ville le 17 mars 1904. Poids 2.500 grammes. Nourri au sein par une mère insuffisante. Non surveillé pendant deux mois, cet enfant arrive à la Consultation le 15 mai presque mourant, et son état nécessite son entrée dans le service.*

M^{me} Fag... accouche chez elle le 17 mars 1904, d'un enfant pesant 2.500 grammes. Cet enfant est élevé au sein par sa mère. Le 15 mai il est amené à la Consultation ; son poids est de 2.700 grammes. L'enfant, en deux mois, n'a donc augmenté que de 200 grammes, c'est-à-dire de 3 gr. 3 par jour. La mère n'a donné que le sein ; mais les tétées n'étaient pas réglées. Tout d'abord, le bébé avait semblé prospérer. Puis il avait eu quelques troubles digestifs, et finalement son état s'était aggravé. Il criait sans cesse ; aussi, espérant le calmer,

sa mère le mettait-elle au sein : l'enfant tétait avec force pendant quelques instants, puis, abandonnant le mamelon, criait à nouveau : « Je ne devais pas avoir beaucoup de lait », disait la maman. A la fin, cette femme se décida à demander un conseil à un médecin. Celui-ci, jugeant l'état de l'enfant

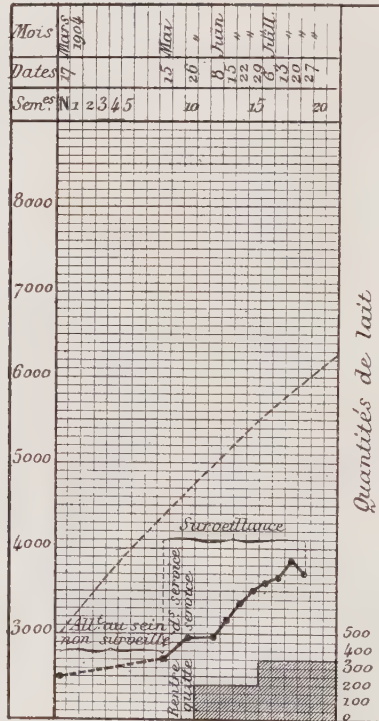


Fig. 14. — N° .

très grave, sinon désespéré, nous l'adressa aussitôt. Il était temps. L'enfant était mourant. Il présentait le même aspect clinique que celui des enfants dont nous avons rapporté les observations plus haut. A n'en pas douter, il mourait de faim.

Nous faisons rentrer dans le service la mère avec son nour-

risson. Le premier jour, cette femme nous apparaît manifestement insuffisante ; elle ne peut fournir que 250 grammes de lait en 24 heures, aussi les tétées sont-elles complétées par une nourrice. Alors nous voyons la courbe de cet enfant s'élever au fur et à mesure que le lait lui est donné en quantité suffisante. Au bout de quelques jours, quelques-unes des tétées sont complétées avec des bouteilles de lait stérilisé. Le 26 mai, l'enfant quitte le service en bonne santé, pesant 2.950 grammes.

En 9 jours, il a augmenté de 390 grammes. Lors de son départ, nous lui prescrivons 5 bouteilles de 40 grammes de lait stérilisé. La courbe (fig. 14), montre bien que jusqu'au 27 juillet, époque depuis laquelle cet enfant n'est plus revenu, il allait très bien. Mais lui aussi, quoique nourri au sein par sa mère, avait failli mourir faute d'une surveillance médicale.

Comme le fait très bien remarquer le professeur BUDIN dans le *Nourrisson* (page 220), comment veut-on qu'une mère, quoique préoccupée de la santé de son bébé, sache si elle doit donner du lait stérilisé en plus de celui fourni par son sein, et surtout quelle quantité elle doit en donner ?

La balance peut fournir ses renseignements, et c'est au médecin de les interpréter.

Or, chez les femmes du peuple, l'usage de la balance ne s'est pas encore généralisé ; et, pour quelques mères qui vont faire peser leurs bébés chez le pharmacien, combien d'autres trouvent cela inutile !

Grâce à la surveillance qui permet de peser les enfants chaque semaine, lorsque le médecin constate que l'enfant n'a pas augmenté ou n'a que peu augmenté dans la semaine, que, d'autre part, il ne trouve chez lui aucun état pathologique permettant d'expliquer le défaut d'accroissement, si les digestions, les garde-

robes sont normales. si enfin, pesant l'enfant avant et après la tétée, l'on constate qu'il n'a pris qu'une faible quantité de lait, parce que les seins n'en contiennent que peu, cet enfant n'est pas assez nourri, il a besoin de lait.

Du reste, les résultats obtenus à la Consultation de Nourrissons en surveillant des femmes insuffisantes montrent les bienfaits d'une direction médicale dans l'allaitement au sein.

Nous avons eu 27 femmes insuffisantes au moment où elles venaient pour la première fois à la Consultation.

10, depuis leur départ de la Clinique, n'avaient donné que le sein.

11, depuis leur départ de la Clinique, avaient donné d'elles-mêmes, en plus du sein, une certaine quantité de lait de vache.

6, depuis leur départ de la Clinique, avaient donné en plus du sein, les quantités de lait prescrites au moment de leur départ.

a) Aux femmes n'ayant donné que le sein, l'on a prescrit :

1° De continuer à ne donner que le sein : 5.028, 5.078, 5.169, 5.339.

Résultats : 5.078. Allaitement au sein.

5.028, 5.169. Allaitement mixte d'abord, puis allaitement au sein.

5.339. Allaitement mixte, à titre définitif.
Sèvre son enfant 3 mois après.

2° De donner en plus du sein du lait stérilisé : 5.259.

Résultats : 5.259. Allaitement mixte d'abord, puis allaitement au sein.

3° De rentrer dans le service : 5.009, 5.043, 5.053, 5.276, 5.401.

Résultats : 5.053. Allaitement au sein.

5.009. Allaitement mixte d'abord, puis allaitement au sein.

5.401. Allaitement artificiel d'abord, puis mixte, finalement allaitement au sein.

5.276. Allaitement mixte à titre définitif.

5.043. Allaitement artificiel.

b) Aux femmes ayant donné d'elles-mêmes, en plus du sein, une certaine quantité de lait de vache, l'on a prescrit :

1° De ne donner que le sein : 5.070, 5.135, 5.136, 5.183, 5.197.

Résultat : 5.070, 5.135, 5.136, 5.183. Allaitement au sein.

5.197. Allaitement mixte à titre définitif.

2° De donner en plus du sein du lait stérilisé : 5.108, 5.249, 5.253, 5.342, 5.343.

Résultats : 5.108, 5.253. Allaitement mixte d'abord, puis allaitement au sein.

5.249, 5.342, 5.343. Allaitement mixte à titre définitif.

3° De rentrer dans le service : 5.082.

Résultats : 5.082. Allaitement mixte d'abord, puis allaitement au sein.

c) Aux femmes ayant donné en plus du sein les quantités de lait, prescrites au moment de leur départ, l'on a conseillé :

1° De continuer les prescriptions : 5.076, 5.274, 5.275, 5.308, 5.318, 5.399.

Résultats : 5.308, 5.399. Allaitement mixte d'abord, puis allaitement au sein.

5.076, 5.274, 5.275, 5.318. Allaitement .. mixte à titre définitif.

En résumé, sur 27 femmes insuffisantes :

16 ont nourri ou nourrissent encore au sein.

6 ont pu le faire d'emblée.

10 après une période plus ou moins longue d'allaitement mixte.

10 ont eu recours à l'allaitement mixte à titre définitif.

1 a été forcée de mettre son enfant à l'allaitement artificiel.

Ces résultats extrêmement favorables sont dus uniquement à ce fait que ces femmes ont eu recours à la surveillance médicale.

III. — Modifications dans la composition chimique du lait.

L'on obtient de très bons résultats non seulement en surveillant les enfants dont les mères sont insuffisantes, mais encore quand l'enfant souffre des modifications survenues dans la composition chimique du lait.

a) *Lait riche.* — Nous avons dressé le tableau des enfants dont les mères avaient un lait trop riche en beurre. Tableau C. 5 parmi ces enfants ont été surveillés d'une façon régulière et suivie ; ils ont pu être allaités au sein, par leurs mères, pendant longtemps. Pour un seul l'on a craint un moment d'être obligé de recourir

à l'allaitement mixte. Voici, du reste, cette observation brièvement résumée.

OBSERVATION XI (N° du registre 5.162 (QUILLIER)¹. — *M^{me} Delor... accouche à la Clinique Tarnier, le 14 juillet 1903, d'un garçon pesant 2.500 grammes. Cet enfant, nourri au sein par sa mère, nous quitte le 25 juillet, son poids est de 2.540 grammes.*

Voici les annotations du registre de la Consultation le concernant :

16 septembre. Enfant mal réglé ; à mettre au sein toutes les deux heures, 3.870.

7 octobre : *Idem*, 4.420.

21 : Crie beaucoup la nuit, 4.470.

28 : Vomit après chaque tétée, 4.420.

4 novembre : A eu des selles liquides. On pèse une tétée, l'enfant prend 60 grammes dans un sein en dix minutes.

L'analyse du lait révèle 54 grammes de beurre par litre. Régime alimentaire pour la mère. Ne donner à l'enfant, à chaque tétée, que le premier lait des deux seins, 4.490.

9 décembre : Garde-robes mal digérées, 4.750.

27 janvier : L'enfant a été malade. Eczéma, 5.270.

Analyse du lait : 59 grammes de beurre, 4 bouteilles de 30 grammes de lait stérilisé.

10 février : Mère n'a pas donné les bouteilles prescrites, mais 3 bouillies sur conseils du pharmacien, 5.900.

24 février : Suppression du lait stérilisé, 6.120.

23 mars : L'enfant digère bien le lait de la mère. Pas de vomissements. Garde-robes normales, 6.580.

Pour un autre enfant, nous ne pouvons donner aucun résultat, l'enfant ayant quitté la Consultation dès que l'on s'est aperçu que le lait maternel renfermait trop de beurre.

1. QUILLIER. Nécessité d'une direction médicale dans l'allaitement au sein. *Loc. cit.*

Quant au dernier enfant, n° 5.178, tant qu'il a été surveillé, l'on a pu le maintenir à l'allaitement mixte, et pourtant sa mère commettait fautes sur fautes. Du jour où cet enfant n'est plus revenu à la Consultation, l'action bienfaisante de la surveillance a cessé de se faire sentir, et la mère le mettait aussitôt à l'allaitement artificiel.

b) *Lait pauvre.* — Dans d'autre cas, l'on observe l'excès contraire. A la Consultation, la surveillance a permis de découvrir deux femmes dont les enfants augmentaient peu, criaient beaucoup, et dormaient mal (5.280, 5.395). En faisant peser plusieurs tétées, l'on s'est rendu compte que les mamans n'étaient pas insuffisantes. L'analyse du lait est faite aussitôt. Pour l'une (5.280), le lait renfermait 19 grammes de beurre par litre ; l'autre (5.395), 15 grammes seulement.

La première de ces femmes, interrogée, apprit qu'ayant très soif elle boit beaucoup. On lui conseille alors, non seulement de réduire les boissons au strict minimum, mais encore de manger beaucoup de féculents, de viandes, etc., etc. De plus, lors des tétées, elle fera tout d'abord couler son lait, avant de donner le sein à l'enfant. Un mois après, une nouvelle analyse indiquait 30 grammes de beurre par litre, et l'enfant augmentait d'une façon régulière.

Chez la deuxième de ces femmes (5.395), nous avons dû recourir à l'allaitement mixte, car, au bout de quelque temps, elle devenait manifestement insuffisante ; mais l'enfant n'a jamais eu à en souffrir.

Ainsi donc, grâce à la surveillance, ces femmes dirigées, surveillées, n'ont pas été obligées de sevrer leurs

enfants ; elles ont pu continuer à nourrir. Mais il en est tout autrement lorsque les modifications dans la



Fig. 15. — N° 5014.

composition chimique du lait sont dues à une maladie chronique : la tuberculose par exemple.

c) Tuberculose. — Cinq femmes, à la Consultation de

Nourrissons ont fait un début de tuberculose pulmonaire.

1, le n° 5.360. *Sèvre brusquement* son enfant et ne revient plus à la Consultation.

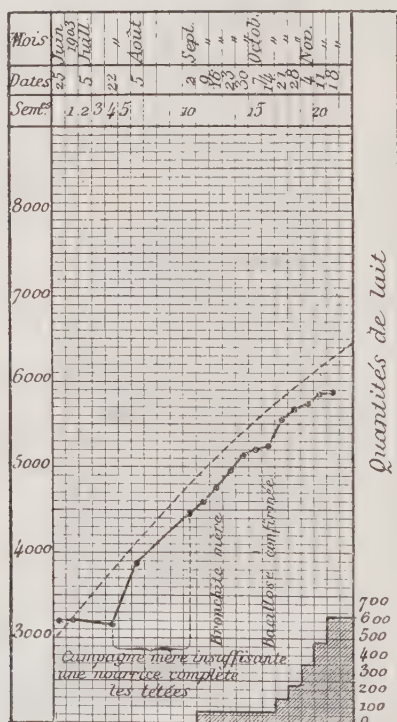


Fig. 16. — N° 5128.

4, les n°s 5.014, 5.074, 5.128, 5.180. Surveillées, dirigées, elles font, sous la direction du professeur BUDIN, le *sevrage progressivement rapide*. QUILLIER¹ a résumé ces observations, les voici (figures 15 et 16) :

1. QUILLIER : *loc. cit.*

Tout d'abord bien portantes, elles faisaient des nourrices suffisantes. Mais après quelques mois, leurs enfants n'augmentaient presque plus. C'est en surveillant ces enfants nourris au sein, en les pesant que, constatant leur état stationnaire, nous en avons cherché la cause. Nous avons été ainsi amenés à dépister la tuberculose au début chez les mamans. Celles-ci, en effet, avaient maigri, elles toussaient un peu, se sentaient très vite fatiguées, avaient des sueurs nocturnes, etc. L'examen des pounmons nous révéla des signes de bacillose.

Supposons que ces enfants n'aient pas été surveillés : ou bien la mère aurait continué à nourrir, et les progrès de la tuberculose auraient été très rapides chez elle, et l'enfant n'aurait pas tardé à en ressentir le contre-coup, sans parler des dangers de contagion possible ; ou bien se sentant fatiguée, la mère aurait sevré d'elle-même son bébé, et le sevrage lorsqu'il n'est pas dirigé d'une façon méthodique, comporte de redoutables aléas pour les nourrissons, surtout quand ils sont très jeunes.

Pour nos enfants, les choses se sont passées de la façon la plus simple. Nous avons fait le sevrage *progressivement rapide*. Voici en quoi il consiste. Nous commençons par supprimer deux ou trois tétées que la mère remplace par deux ou trois bouteilles de lait stérilisé, dont la quantité varie, bien entendu, suivant le poids de l'enfant. La semaine d'après, si le lait stérilisé a été bien digéré, si les garde-robes ont été normales, nous supprimons encore une ou deux tétées, remplacées par un nombre égal de bouteilles de lait stérilisé. La semaine suivante, nous procédons de même, et ainsi de suite. En quelques semaines (4 pour le 5.810 ; 5 pour le 5.128 ; 6 pour le 5.014), l'enfant est complètement sevré ; il n'a couru aucun risque, et la mère peut se soigner à son aise. Du reste, l'état de la mère s'améliore toujours au fur et à mesure qu'elle donne moins souvent le sein.

C'est, croyons-nous, de cette façon qu'il faut procéder en pareil cas. Elle concilie tout à la fois les intérêts de la mère et ceux de l'enfant que l'on a toujours tendance à sacrifier, car l'on s'alarme souvent trop vite au sujet de la mère.

d) *Emotions morales.* — Enfin il se peut qu'à la suite d'émotions morales, le lait de la mère subisse de telles modifications que l'allaitement maternel ne convienne plus à l'enfant. Celui-ci a des troubles digestifs, devient rapidement malade, et peut mourir. La surveillance, en permettant de remplacer méthodiquement le lait de femme par le lait de vache, prévient des accidents, parfois redoutables quand la mère est seule à diriger l'allaitement de son enfant. MM. BUDIN, d'une part, PLANCHON, QUILLIER, d'autre part, ont rapporté à ce sujet une observation aujourd'hui classique. Il s'agissait d'une femme nourrissant elle-même son enfant. En proie à des chagrins domestiques, battue par son mari, cette femme très impressionnable avait du mauvais lait, et son enfant souffrait. Les garde-robes étaient fréquentes et liquides; sa figure était le siège d'un érythème intense qui bientôt se généralisait. De plus, cette femme devenait insuffisante. On eut recours au lait stérilisé et l'allaitement mixte fut institué. Mais, fait curieux, l'enfant vomissait le lait maternel et digérait par contre très bien le lait stérilisé. Les quantités de lait de vache furent augmentées, et dès que l'enfant fut sevré, la courbe de poids s'éleva régulièrement (figure 17) :

Cette femme redevint enceinte; elle accoucha à la Clinique Tarnier, et suivit à nouveau la Consultation. Elle éleva au sein son enfant. La paix étant revenue dans le ménage, l'enfant supporta très bien le lait maternel.

IV. — Enfants repris dans le service (tableau F)

Parmi les 191 femmes ayant suivi la Consultation au moins pendant 1 mois, 26 nous ont amené des enfants

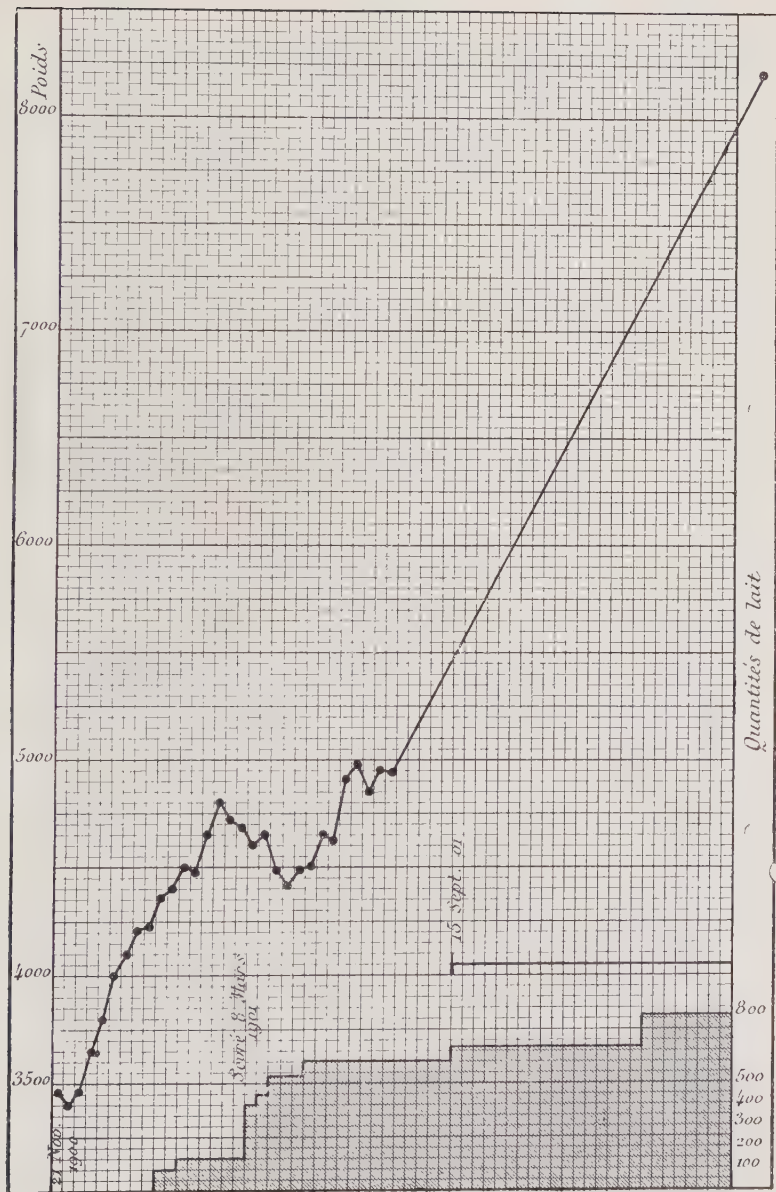


Fig. 17.

dont l'état de santé exigeait la rentrée dans le service. Le plus souvent, c'était tout à fait au début de l'allaitement ; mais quelquefois aussi, c'était au cours de l'allaitement, lorsque la surveillance s'exerçait depuis plusieurs semaines déjà. Ceci montre bien que l'allaitement au sein, même surveillé, n'est pas toujours exempt d'accidents.

4 de ces enfants présentaient des troubles digestifs graves, déterminés par la suralimentation.

5.052, 5.116, 5.166, 5.320 : quittent tous le service guéris et nourris au sein par leurs mères.

3 de ces enfants présentaient des troubles digestifs sans cause connue.

5.017, 5.051, 5.424.

Il s'agissait peut-être d'une faute quelconque ayant passé inaperçue, d'autant plus que les deux premiers sont des enfants âgés ayant été confiés très probablement à une voisine.

Quittent l'hôpital, eux aussi, guéris, et nourris par leurs mères.

3 de ces enfants présentaient des troubles digestifs par suite de l'adjonction intempestive de lait de vache.

5.043. Ne rentre pas.

5.082, 5.197. Quittent le service guéris ; le premier nourri au sein par sa mère, après une période d'allaitement mixte ; l'autre à l'allaitement mixte d'une façon définitive.

1 ne voulait pas téter.

5.218. Quitte le service en bon état et à l'allaitement artificiel.

3 de ces enfants avaient des mères insuffisantes.

5.009, 5,276, 5.401. Quittent le service guéris et en bon état ; à l'allaitement mixte. Par la suite, 2 (5.009, 5.401), ont été exclusivement nourris au sein par la mère.

1 prenait au sein de sa mère un lait trop riche en beurre.

5.053. Quitte le service en bon état, nourri au sein par sa mère.

1 avait du muguet.

5.363. Quitte le service guéri et nourri au sein par sa mère.

Ainsi donc, parmi les femmes ayant suivi la Consultation de Nourrissons du mercredi, à la Clinique Tarnier, femmes nourrissant au sein, les unes avaient commis des fautes dès le début de l'allaitement après avoir quitté l'hôpital, avant de venir pour la première fois à la Consultation, fautes entraînant la suralimentation avec toutes ses conséquences ; d'autre étaient insuffisantes, et parmi elles un grand nombre avaient donné une certaine quantité de lait de vache : d'autres présentèrent un lait ou trop riche, ou trop pauvre, ou modifié par la tuberculose : enfin un certain nombre d'enfants nourris au sein durent être repris dans le service. Cet ensemble de fait montre bien que l'allaitement au sein doit être surveillé de très près. La surveillance médicale est même un moyen excellent pour favoriser l'allaitement au sein, car, chez les enfants nourris au sein et inscrits à la Consultation, cette surveillance attentive a permis à beaucoup d'entre eux d'échapper à l'allaitement

ment artificiel. Nul doute, que si la surveillance des enfants nourris au sein se généralisait, grâce aux Consultations de Nourrissons, un grand nombre d'enfants éviteraient l'allaitement artificiel. C'est donc faire œuvre très utile que de surveiller l'allaitement au sein

Mais il ne faut pas pour le médecin borner son activité à ce rôle : il faut parallèlement surveiller l'allaitement artificiel, donner du bon lait, stérilisé, au pauvre petit déshérité, victime innocente des exigences de la vie sociale.

CONCLUSIONS

1° L'allaitement naturel, ou allaitement au sein, est, pour les enfants, le plus sûr. Mais cette sécurité n'est pas absolue : l'allaitement au sein peut entraîner des accidents.

2° Parmi les accidents les plus fréquents, il faut citer ceux déterminés :

A. Par la suralimentation.

B. Par l'insuffisance de la sécrétion lactée.

C. Par les modifications survenues dans la composition chimique normale du lait.

3° Ces accidents sont relativement fréquents.

A. Les plus ordinaires sont ceux déterminés par la suralimentation. La suralimentation détermine de la diarrhée, des vomissements, des troubles digestifs qui peuvent aller jusqu'à la gastro-entérite, et se terminer par la mort.

B. Si peu de femmes sont réellement insuffisantes, un grand nombre croient l'être, et donnent alors, en plus, du lait de vache à leurs enfants en quantité immodérée.

C. Les modifications dans la composition chimique normale du lait liées à l'excès ou à la pauvreté du

beurre ne sont pas rares. Il en est de même des modifications occasionnées par une tuberculose pulmonaire au début.

4° Pour éviter ces accidents, il suffit de surveiller l'allaitement au sein.

A. Les troubles digestifs déterminés par la suralimentation sont très fréquents chez les nourrissons non surveillés.

La fréquence et la gravité de ces accidents est d'autant plus marquée que les nourrissons tardent à être surveillés.

Dès qu'un nourrisson est surveillé, sa courbe de poids s'élève d'une façon régulière.

Si, au cours d'un allaitement surveillé, il se produit quelques accidents, il sera facile d'y remédier.

B. En cas d'insuffisance, la surveillance permet d'instituer l'allaitement mixte d'une façon méthodique, et de maintenir longtemps, sauvant ainsi de l'allaitement artificiel un grand nombre d'enfants.

Cette surveillance facilite la reprise de l'allaitement au sein exclusif, dès que la sécrétion lactée redevient suffisante.

C. L'excès ou la diminution de beurre dans le lait n'entraîne plus d'accidents pour l'enfant nourri au sein grâce à la surveillance médicale, car l'on peut aussitôt instituer un traitement convenable. Elle permet aussi de découvrir chez la nourrice une tuberculose pulmonaire au début : le sevrage progressivement rapide concilie les intérêts de la mère et ceux de l'enfant.

La surveillance médicale dans l'allaitement au sein joue un rôle important dans la lutte entreprise contre la mortalité infantile ; elle sauve un grand nombre d'en-

fants de l'allaitement artificiel, grâce à la direction aux conseils donnés aux mères.

Cette surveillance médicale s'exerce à la faveur des Consultations de Nourrissons; il faut multiplier ces Consultations, s'occuper d'abord et surtout d'allaitement au sein, puis, parallèlement diriger l'allaitement artificiel et s'efforcer de le rendre moins dangereux par la distribution, à bon marché, ou gratuite, de lait stérilisé.

Dans l'allaitement au sein surveillé, il n'y a pas d'accidents, mais bien des incidents.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu :
Le Président de Thèse,
BUDIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

NOTES ET PIÈCES JUSTIFICATIVES

Tableau A. — Accidents survenus chez des enfants nourris au sein par leurs mères entre le moment où ils quittent l'hôpital et celui où ils viennent pour la première fois à la Consultation.
I. — Accroissement excessif : au-dessus de 30 grammes par jour.

NUMÉROS.	DATE de NAISSANCE.	POIDS.	DATE de SORTIE.	POIDS.	DATE d'ENTRÉE.	POIDS.	MOYENNE.	TEMPS ÉCOULÉ.	OBSERVATIONS.
		gr.		gr.		gr.	gr.	jours	
5 006	6 janv. 03	3 740	23 janvier	4 020	1 mars	5 270	32	40	Vomissements; garde-robes fréquentes; enfant très mal réglé.
5 012	17 février 03	2 120	1 ^{er} mars	2 300	11 —	2 620	32	40	Enfant mal réglé; laissé trop longtemps au sein.
5 015	16 —	3 475	28 février	3 550	11 —	4 050	45	41	Vomit après chaque tétée; garde-robes très fréquentes; érythème du siège.
5 047	27 —	3 650	7 mars	3 840	18 —	4 200	35,4	44	Érythème du siège.
5 019	25 —	3 570	7 —	3 670	18 —	4 450	43,7	41	Érythème du siège; garde-robes très fréquentes; très mal réglé.
5 034	15 —	3 200	24 février	3 360	25 —	4 320	33	29	
5 035	14 mars 03	3 600	25 mars	3 500	1 ^{er} avril	3 750	35,7	7	
5 036	9 —	2 900	18 —	2 930	1 ^{er} —	3 450	40	14	Tête trop longtemps et trop souvent : à mettre au sein 5' toutes les 2 heures.
5 039	24 février 03	2 800	1 ^{er} —	2 570	8 —	4 120	40,6	38	Tête trop longtemps et trop souvent : à mettre au sein 5' toutes les 2 heures.
5 042	25 mars 03	3 050	25 —	3 285	8 —	3 380	31	5	Tête trop longtemps et trop souvent : à mettre au sein 5' toutes les 2 heures.
5 044	25 —	3 250	4 avril	3 430	15 —	3 470	30,9	41	
5 047	5 avril 03	3 450	13 —	3 440	22 —	3 700	32	9	4 à 5 garde-robes par jour; mal réglé; trop longtemps au sein.
5 048	12 mars 03	2 950	22 mars	3 050	22 —	4 430	34,8	34	Vomissements; garde-robes très fréquentes.
5 051	23 —	2 700	12 avril	3 030	29 —	3 720	40,5	17	Vomit souvent après tétées; érythème du siège; très mal réglé.
5 058	30 avril 03	2 800	10 mai	2 830	13 mai	2 960	43,3	30	
5 068	12 —	2 800	20 avril	2 850	20 —	3 970	37,3	33	Diarrhée; 3 à 4 garde-robes diarrhéiques.
5 069	13 —	3 350	23 —	3 250	27 —	4 520	37,3	34	
5 084	22 mai 03	3 900	1 ^{er} juin	4 000	24 juin	4 770	33,4	23	
5 089	6 —	4 900	17 mai	3 950	24 —	5 150	34,2	38	
5 094	2 juin 03	3 000	14 juin	2 940	24 —	3 250	31	40	
5 098	16 —	2 500	27 —	2 670	1 ^{er} juillet	2 830	40	4	
5 099	15 —	3 400	25 —	3 425	1 ^{er} —	3 700	55	6	Érythème du siège; mal réglé.
5 104	14 —	2 580	21 —	2 675	8 —	3 480	47	17	

5 102	9 juin 03	3 450-25	juin	3 190	8 juillet	3 700	39, 2	13	
5 106	18 —	3 350-28	—	3 480	8 —	3 800	32	10	
5 118	—	3 100-26	—	3 125	15 —	4 850	86, 2	19	Trop longtemps au sein; 5' seulement.
5 122	26 —	3 800-11	juillet	3 825	15 —	3 980	38, 7	4	Trop longtemps au sein; 5' seulement.
5 129	29 —	3 800-11	—	4 210	22 —	4 670	41, 8	14	Trop longtemps au sein; 10' seulement.
5 131	4 juillet 03	3 020-13	—	3 030	29 —	3 700	40, 6	16	Trop longtemps au sein; 5' seulement.
5 137	10 juin 03	3 350-20	juin	3 340	5 août	4 750	40	46	Trop longtemps au sein; 10 seulement.
5 141	18 juillet 03	3 850-26	juillet	3 385	5 —	3 720	33, 3	45	Garde-robes très fréquentes.
5 148	27 juin 4903	4 850-28	—	2 590	12 —	3 150	50	45	Garde-robes très fréquentes et vertes; 5' seulement.
5 163	8 août 03	3 600-19	août	3 825	16 septemb.	4 650	35	24	Érythème du siège; à régler.
5 165	6 sept. 03	3 200-16	septemb.	3 000	23 —	3 250	35	7	
5 172	29 oct. 03	3 350-8	novemb.	3 330	14 novemb.	3 450	40	3	Garde-robes liquides; trop longtemps au sein; 5' seulement.
5 175	24 —	2 950-4	—	3 060	18 —	3 520	32, 8	14	3 garde-robes; mal réglé.
5 181	6 nov. 03	2 650-16	—	3 075	18 —	3 500	47, 2	9	
5 189	15 —	3 900-29	—	2 600	25 —	3 100	35	9	
5 191	25 oct. 03	3 800-4	—	3 850	46 —	4 500	31, 1	17	
5 202	25 déc. 03	3 630-3	3 janv. 04	3 560	6 janvier	3 740	60	3	3 garde-robes; mal réglé.
5 210	10 —	3 000-29	déc. 03	2 700	29 —	3 800	50	22	3 Garde robes; mal réglé.
5 212	8 janv. 04	3 000-18	janvier	2 900	27 —	3 370	52	9	A mettre 5' au sein seulement.
5 221	2 —	4 000-12	—	4 200	10 février	5 800	35	29	Mal réglé.
5 222	2 —	3 450-11	—	3 250	10 —	4 500	41, 6	30	Mal réglé; 5' au sein seulement.
5 231	21 février 04	3 900-27	février	3 950	16 mars	4 560	33, 8	17	
5 234	7 mars 04	3 750-18	mars	3 890	6 avril	4 500	36, 8	19	Mal réglé.
5 239	18 —	3 875-27	—	3 825	13 —	4 700	38	17	Garde-robes très fréquentes; mal réglé; à mettre 5' au sein.
5 242	21 —	2 600-31	—	2 775	13 —	3 260	42	52	
5 250	11 avril 04	3 450-23	avril	3 150	27 —	3 400	62	4	Mal réglé.
5 252	30 mars 04	3 600-9	—	3 800	4 mai	4 670	34, 8	25	
5 262	1 ^{er} mai 04	2 900-9	mai	3 030	11 —	3 410	40	2	
5 272	2 —	2 720-14	—	2 900	25 —	3 580	61, 8	14	Garde-robes très fréquentes; érythème du siège; vomissements; mal réglé.
5 278	1 ^{er} —	2 720-11	—	2 900	1 ^{er} juin	3 930	49	21	Très mal réglé; trop longtemps au sein; 5' seulement.
5 281	20 —	3 020-31	—	2 980	8 —	3 300	40	8	Très mal réglé; trop longtemps au sein; 8' seulement.
5 280	17 —	2 900-28	—	2 960	8 —	3 370	41	44	Très mal réglé; trop longtemps au sein; 3' seulement.

I. — Accroissement excessif : au-dessus de 30 grammes par jour (suite).

NUMEROS	DATE de NAISSANCE.	POIDS.	DATE de SORTIE.	POIDS.	DATE D'ENTRÉE.	POIDS.	MOYENNE.	TEMPERATURE.	OBSERVATIONS.
		gr.		gr.		gr.	gr.	jours.	
5283	6 mai 04	2 625	16 mai	2 720	8 juin	3 650	36	23	
5283	21 —	3 770	31 —	3 800	8 —	4 100	37,5	8	
5287	14 —	3 287	24 —	3 600	15 —	4 550	43,4	22	Vomit à chaque tétée; 3' seulement.
5288	22 —	3 850	2 juin	4 100	15 —	4 680	44,5	13	Diarrhée; mal réglé.
5289	13 —	2 630	24 mai	2 830	15 —	3 900	51,4	22	
5290	23 —	2 700	2 juin	2 580	15 —	3 400	40	13	Garde-robres fréquentes; mal réglé.
5291	17 —	3 025	30 mai	3 070	22 —	3 870	34,7	23	Garde-robres jaunes verdâtres à chaque tétée; mal réglé.
5296	1 ^{er} juillet 04	3 600	12 juillet	3 900	20 juillet	4 170	33,7	8	Diarrhée.
5303	4 juin 04	3 550	16 juin	3 590	24 juin	4 010	56,3	8	
5306	21 juillet 04	3 430	30 juillet	3 400	17 août	4 430	42,9	18	Érythème du siège; 5' seulement.
5313	22 sept. 04	2 600	4 octobre	2 760	12 octobre	3 100	48,5	8	Très mal réglé et trop longtemps au sein.
5316	24 —	4 200	5 —	4 475	12 —	4 430	36,4	7	
5319	27 —	3 480	9 —	3 530	19 —	3 920	39	10	
5321	26 —	3 040	9 —	3 475	19 —	3 600	42,5	10	
5322	5 octob. 04	3 250	13 —	3 040	19 —	3 350	51,6	6	Laisse son enfant 30' au sein !!
5327	13 mai 04	2 520	22 mai	2 580	1 ^{er} juin	3 080	50	9	Mal réglé.
5325	5 octob. 04	3 680	15 octobre	3 740	26 octobre	3 950	37,2	11	Enfant mal réglé.
5326	9 —	3 700	18 —	3 730	26 —	4 050	45,7	8	Garde-robres fréquentes.
5327	8 —	3 700	16 —	3 620	26 —	3 930	34	10	Garde-robres fréquentes et liquides; mal réglé; à mettre 5' au sein.
5329	2 —	2 900	16 —	2 980	26 —	3 300	32	10	
5334	10 —	3 360	20 —	3 500	9 novemb.	4 220	36	20	Trop longtemps au sein; 10' seulement.
5340	9 —	3 500	19 —	3 800	9 —	4 320	34,2	21	
5352	28 —	3 000	4 novemb.	3 400	30 —	3 920	31,5	26	
5353	23 sept. 04	2 980	3 octobre.	3 450	30 —	4 800	40,5	58	Très mal réglé.
5353	12 nov. 04	3 940	22 novemb.	4 120	7 décemb.	4 650	37,5	15	Garde-robres fréquentes et liquides; très mal réglé.
5363	5 —	3 620	14 —	3 730	14 —	4 580	43,3	30	

5 364	26 nov. 04	3 075	6 décemb.	3 100	14	3 600	71,4	8	Vomit à chaque tétée; 4 garde-robes; mettre l'enfant 5' au sein seulement.
5 375	22 déc. 04	2 820	1 ^{er} janv. 05	2 850	25	4 050	48	24	Garde-robes un peu vertes.
5 390	20 janv. 05	3 900	29 —	3 850	8	4 280	43	10	Tête trop longtemps; 5' seulement.
5 393	20 —	3 530	4 février	3 660	15	4 480	47,2	44	Trop longtemps au sein.
5 397	4 février 05	3 320	13 —	3 440	15	3 480	35	2	
5 406	7 —	3 080	19 —	3 510	15	4 390	35,5	23	
5 418	3 mars 05	3 030	14 mars	3 050	22	3 330	40	8	Trop longtemps au sein.
5 421	8 —	3 400	21 mars	3 660	29	4 080	52,5	8	Mal réglé.
5 425	20 février 05	3 920	9 —	3 930	26	5 770	38	48	(garde robes très nombreuses; trop longtemps au sein.
5 429	18 avril 05	2 500	27 avril	2 700	3	3 440	73,3	6	
5 431	26 mars 05	3 570	6 —	3 550	3	4 460	33,7	27	
5 432	15 avril 05	3 230	27 —	3 400	3	3 680	46,6	6	
5 435	24 —	3 170	3 mai	3 420	10	3 350	32,8	7	

II. — Accroissement normal : de 15 à 30 grammes par jour.

5 002	29 janv. 03	2 750	10 février	2 950	18	3 450	25	8	
5 009	23 —	3 050	13 —	3 420	4	3 920	26	19	Bronchite légère.
5 011	3 février 03	2 700	13 —	2 730	4	3 400	49	49	Tête trop longtemps; 5' seulement.
5 013	3 —	2 450	28 —	2 870	11	3 100	20,9	11	
5 014	16 janv. 03	2 250	12 —	2 625	11	3 220	22	27	Vomit après chaque tétée; garde-robes fréquentes
5 018	20 février 03	3 800	2 mars	3 800	18	4 180	23,7	16	Vomissements; érythème du siège.
5 030	1 ^{er} mars 03	3 150	13 —	3 320	25	3 550	19	42	Enfant mal réglé.
5 033	9 —	4 000	19 —	4 420	1 ^{er} avril	4 380	20	43	
5 034	6 —	3 200	18 —	3 100	1 ^{er} —	3 280	48	14	
5 037	23 février 03	2 600	6 —	2 720	1 ^{er} —	3 280	22	26	Érythème du siège.
5 038	10 mars 03	3 620	5 avril	3 340	8	3 420	26	3	Enfant mal réglé.
5 043	17 —	4 450	29 mars	4 200	15	4 600	23	47	Enfant mal réglé.
5 046	5 avril 03	3 300	16 avril	3 620	22	3 730	48	6	
5 049	2 —	3 200	16 —	3 300	22	3 420	20	6	
5 050	18 —	3 250	27 —	3 360	29	3 400	20	2	
5 052	11 —	3 900	19 —	3 740	29	3 950	24	40	Garde-robes fréquentes; érythème du siège; orie beaucoup.
5 054	17 —	3 750	24 —	3 780	6 mai	4 130	29	42	Garde-robes fréquentes et vertes; érythème du siège.

II. — Accroissement normal : de 15 à 30 grammes par jour (suite).

NUMÉROS.	DATE de NAISSANCE.	POIDS.	DATE de SORTIE.	POIDS.	DATE D'ENTRÉE.	POIDS.	MOYENNE.	TEMPS. BOUTE.	OBSERVATIONS.
		gr.		gr.		gr.	gr.	jours	
5 055	9 avril 03	2 630	30 avril	3 180	6 mai	3 350	28,3	6	
5 056	18 —	3 250	3 mai	3 450	6 —	3 520	25	3	
5 061	10 —	2 660	26 avril	2 550	13 —	2 970	24,7	17	
5 070	22 mars 03	3 200	30 mars	3 230	25 —	4 830	28,5	55	5 à 6 garde-robes par jour.
5 071	3 mai 03	3 300	13 mai	3 420	27 —	3 770	25	14	
5 073	10 février 03	2 250	7 mars	2 760	3 juin	4 680	21,8	57	
5 080	6 mai 03	3 200	6 mai	3 450	17 —	4 020	29	32	
5 083	31 —	3 150	7 juin	3 200	17 —	3 480	28	40	
5 086	28 —	3 550	13 —	3 600	24 —	3 900	27,2	11	
5 088	17 —	3 100	30 —	3 200	24 —	3 730	22	24	Enfant mal réglé : a metre au sein toutes les 2 heures.
5 092	4 juin 03	2 200	20 —	2 400	24 —	2 500	25	4	
5 093	26 avril 03	4 600	6 mai	4 480	24 —	5 650	24,3	49	
5 100	21 juin 03	3 150	30 juin	3 400	8 juillet	3 670	30	8	
5 103	22 mai 03	2 450	6 —	2 160	8 —	2 820	22	33	
5 104	13 juin 03	3 450	24 —	3 680	8 —	4 020	24,2	14	
5 105	21 —	2 950	30 —	2 930	8 —	3 070	15,8	8	
5 109	16 mai 03	3 800	28 mai	3 720	8 —	4 670	24	41	
5 111	20 juin 03	2 600	30 juin	2 700	8 —	2 970	19,3	8	
5 114	18 —	4 300	26 —	4 080	15 —	4 500	22	19	
5 117	8 —	3 650	13 —	3 430	15 —	3 980	17,1	32	
5 119	20 —	2 550	30 —	2 635	15 —	3 100	29	8	Mettre 5' au sein seulement.
5 123	21 —	3 000	30 —	3 175	22 —	3 810	29,3	22	Mettre 10' au sein seulement.
5 127	28 mai 03	2 800	7 —	2 950	22 —	4 220	28,2	46	
5 134	24 —	3 750	2 —	3 730	29 —	4 820	18,4	77	
5 146	14 juin 03	3 070	23 —	3 070	12 août	4 200	22,5	50	
5 147	26 —	3 800	7 juillet	3 860	12 —	4 720	24,5	55	Garde-robes fréquentes ; à régler.

5449	21 juillet 03	3100	4 août	3480	12 août	3350	24,2	8	Garde-robes fréquentes.
5461	15 août 03	4000	26 —	4025	9 septemb.	4370	24,6	14	
5462	14 juillet 03	2500	25 juillet	2540	16 —	3870	25,1	53	Mal réglé; à mettre au sein toutes les 2 heures seulement.
5466	8 sept. 03	3000	18 septemb.	3260	23 —	3350	16	5	Garde-robes fréquentes; à mettre au sein toutes les 2 heures seulement.
5470	17 juill. 03	4950	28 juillet	1950	7 août	2220	23	10	
5478	7 nov. 03	4020	16 novemb.	4030	25 novemb.	4270	24	9	Garde-robes très fréquentes, non digérées; érythème du siège; très mal réglé.
5479	10 —	3000	22 —	3230	25 —	3320	30	3	Garde-robes très fréquentes; donne à têter toutes les 2 h. la nuit; mal réglé.
5480	6 —	3850	18 —	3900	25 —	4080	25,7	7	
5484	6 —	2950	22 —	3200	2 décemb.	3450	25	10	
5486	10 —	2500	24 —	2800	9 —	3220	30	15	
5490	24 —	3180	3 décemb.	3275	16 —	3600	25	13	
5496	7 déc. 03	3400	18 —	2980	30 —	3460	15	12	Garde-robes très fréquentes et vertes; crie beaucoup.
5501	12 —	3325	22 —	3300	6 janv. 04	3630	23,5	14	
5504	28 —	2540	8 janv. 04	2740	13 —	2850	28	5	
5505	28 nov. 03	3680	11 déc. 03	3820	13 —	4770	26,6	33	
5506	14 déc. 03	2550	25 —	2620	13 —	3000	20	19	Vomit à chaque tétée: 4 garde-robes vertes par jour, mal réglé.
5509	1 ^{er} —	3620	12 —	3760	20 —	4400	16,4	39	
5523	19 —	3350	30 —	3340	3 févr. 04	4000	18,8	35	
5525	4 —	2550	20 —	2800	3 —	3970	26	45	Mal réglé.
5526	12 janv. 04	4250	23 janvier	4720	3 —	4900	16,3	41	
5528	23 —	3320	2 février	3320	10 —	3470	16,6	8	
5529	13 déc. 03	3150	23 décemb.	3075	17 —	4580	26,8	56	
5529	4 janv. 04	2050	17 janvier	2150	24 —	2920	20,2	38	
5532	22 —	4400	1 ^{er} février	4460	23 mars	5320	22,3	50	
5547	2 avril 04	3075	11 avril	3050	20 avril	3200	16,6	9	Mal réglé: trop longtemps au sein.
5551	10 —	3015	21 —	2990	4 mai	3330	26,4	13	
5554	17 —	2800	28 —	3040	14 —	3380	28,4	13	Très mal réglé.
5563	24 —	3500	4 mai	3430	6 —	3480	25	2	
5564	5 mai 04	2300	14 —	2485	18 —	2600	28,7	4	
5565	30 avril 04	3300	30 avril	3440	18 —	3780	20,5	18	
5567	24 —	3090	1 ^{er} mai	2930	18 —	3300	20,5	17	
5571	4 mai 04	2980	15 —	2750	25 —	2980	23	10	Trop longtemps au sein; 10' seulement.
5573	17 avril 04	3400	29 avril	3300	25 —	4260	29,2	26	
5586	17 mai 04	3450	29 mai	3310	8 juin	3900	30	10	Trop longtemps au sein; 10' seulement.

II. — Accroissement normal : de 15 à 30 grammes par jour (suite).

NUMÉROS.	DATE de NAISSANCE.	POIDS.	DATE de SORTIE.	POIDS.	DATE d'ENTRÉE.	POIDS.	MOYENNE	TEMP. RECT.	OBSERVATIONS.
		gr.		gr.			gr.	jours.	
5293	3 mai 04	2530	15 mai	2680	25 juin	3980	28,8	10	
5300	29 —	3350	9 juin	3340	30 juillet	5050	17	41	Diarrhée; mal réglé; trop longtemps au sein.
5304	24 —	3825	3 —	4075	3 août	5370	24,5	60	
5309	17 août 04	2670	31 août	2800	21 septemb.	3370	27,1	21	Garde-robes fréquentes; érythème du siège; trop longtemps au sein.
5311	17 sept. 04	2750	2 octobre	2870	5 octobre	2920	25	3	
5330	18 octob. 04	2830	29 —	3400	2 novemb.	3220	30	4	
5331	18 —	4450	28 —	4270	2 —	4330	15	5	
5338	1 —	3370	16 —	3510	9 —	3920	17	24	Garde-robes fréquentes.
5341	27 —	3070	6 novemb.	2980	16 —	3220	24	10	
5345	26 —	3280	6 —	3220	23 —	3550	19,4	17	Érythème du siège intense; doit rentrer dans le service.
5346	3 juillet 04	3730	14 octobre	4250	23 —	5250	25	40	
5347	31 octob. 04	2680	13 novemb.	2620	23 —	2850	23	10	Tres mal réglé; diarrhée; érythème du siège.
5356	10 nov. 04	2770	27 —	3100	7 décemb.	3350	25	10	Garde-robes fréquentes; trop longtemps au sein.
5358	3 —	2950	14 —	3070	7 —	3550	20,8	23	
5368	3 déc. 04	2750	18 décemb.	2950	28 —	3460	21	10	
5369	6 —	4625	17 —	4640	4 janv. 05	5000	20	18	
5371	11 —	3450	21 —	3430	4 —	3980	26,1	14	
5374	20 —	3275	29 —	3590	18 —	4010	21	20	Enfant mal réglé; trop longtemps au sein.
5376	27 —	3300	12 janv. 05	3350	25 —	3580	17,6	13	
5382	16 janv. 05	3450	26 —	3230	1 ^{er} février	3390	28,3	6	
5385	16 —	2600	26 —	2800	8 —	3440	26,1	13	
5386	14 —	3200	5 février	3040	8 —	3680	16,3	3	
5395	8 déc. 04	3250	18 décemb.	3270	15 —	4720	24,1	59	
5396	27 janv. 05	4050	6 février	4220	15 —	4380	17,7	9	
5398	27 —	3800	7 —	3680	15 —	3860	25,7	8	
5403	29 —	3450	9 —	3400	1 ^{er} mars	3930	26	20	

3 404	4 février 05	3 480	16 février	3 420	8 mars	3 980	28	20	Laisse son enfant 30' au sein.
3 409	4 janv. 05	2 400	5 —	2 570	15 —	3 140	15	38	Garde-robes liquides; trop longtemps au sein; 5' seulement.
3 410	4 —	1 800	5 —	2 225	15 —	2 890	47	38	Garde-robes liquides; trop longtemps au sein; 5' seulement.
3 413	26 février 05	3 200	8 mars	2 930	15 —	3 080	21,4	7	
3 423	13 mars 05	3 720	22 —	3 600	5 avril	3 920	22,8	14	
3 428	49 —	3 600	26 —	3 720	3 mai	4 620	23,4	38	
3 434	22 avril 05	3 250	30 avril	3 260	10 —	3 330	29	10	
3 436	19 —	3 980	29 —	3 960	10 —	4 200	21	41	Érythème du siège; garde-robes fréquentes; tête à chaque instant.

III. — Accroissement insuffisant : de 0 à 15 grammes par jour.									
3 001	2 février 03	2 095	15 février	2 460	18 février	2 470	3,3	3	Muguet depuis 2 jours.
3 003	6 —	3 100	17 —	3 200	25 —	3 300	42	8	
3 005	6 —	2 900	15 —	3 280	4 mars	3 420	8,2	17	
3 007	8 —	3 350	18 —	3 400	4 —	3 600	44	14	
3 010	11 —	3 700	22 —	3 825	4 —	3 900	7,5	40	Enfant mal réglé.
3 021	21 janv. 03	3 380	1 ^{er} —	3 520	20 —	3 680	3	48	Enfant très mal réglé; reste 25 minutes au sein.
3 022	9 mars 03	3 600	19 mars	3 660	25 —	3 700	6,6	6	Manifestations syphilitiques; rentre dans service.
3 023	4 —	3 600	15 —	3 560	25 —	3 600	4	40	
3 024	26 février 03	3 250	8 —	3 200	25 —	3 350	8,8	17	Diarrhée; érythème du siège; coryza.
3 027	4 mars 03	3 660	15 —	3 720	25 —	3 850	13	10	Diarrhée légère.
3 040	15 —	3 330	25 —	3 580	8 avril	3 630	3,5	14	Muguet.
3 067	21 avril 03	3 250	2 mai	3 325	20 mai	4 020	2,7	18	Érythème du siège.
3 072	12 mai 03	3 050	21 —	3 080	27 —	3 120	6,6	6	
3 074	10 —	4 030	21 —	3 875	3 juin	4 050	12,4	13	
3 087	29 —	3 500	7 juin	3 540	24 —	3 620	4,7	17	Vomit après chaque tétée; érythème du siège.
3 090	3 juin 03	4 400	11 —	4 375	24 —	4 520	11,4	13	
3 091	10 —	3 200	20 —	3 210	24 —	3 220	3,3	4	
3 095	3 —	2 800	14 —	2 750	1 ^{er} juillet	2 950	12	16	
3 107	14 —	4 700	23 —	4 660	8 —	4 800	9,3	45	
3 115	4 juillet 03	3 040	12 juillet	3 100	15 —	3 430	10	3	Mettre 10' au sein seulement.
3 116	11 juin 03	3 200	20 juin	3 300	15 —	3 370	2,8	25	Mettre au sein toutes les 2 heures et 5' seulement; mal réglé.
3 124	29 mai 03	?	8 —	3 320	22 —	3 620	2,4	45	
3 138	21 juin 03	3 550	3 juillet	3 720	5 août	4 350	9,1	33	
3 154	30 juillet 03	3 475	11 août	3 300	26 —	3 450	10,7	15	

III. — Accroissement insuffisant : de 0 à 15 grammes par jour (suite).

N ^o MÈRES.	DATE de NAISSANCE.	POIDS.	DATE de SORTIE.	POIDS.	DATE d'ENTRÉE.	POIDS.	MOYENNE.	TEMPS ÉCOULÉ.	OBSERVATIONS.
		gr.		gr.		gr.	gr.	jours.	
5 164	6 août 03	3 000	16 août	3 070	16 septemb.	3 470	13,3	31	
5 173	25 oct. 03	3 000	4 novemb.	3 050	11 novemb.	3 050	0	7	
5 182	15 nov. 03	2 770	29 —	3 080	2 décemb.	3 080	0	3	
5 187	5 —	3 730	15 —	3 550	9 —	3 820	11	21	
5 188	30 oct. 03	3 000	17 —	2 750	9 —	2 970	10	22	
5 193	27 nov. 03	3 000	47 —	2 930	23 —	3 000	5,8	12	Diarrhée.
5 195	7 déc. 03	4 250	16 décemb.	4 130	23 —	4 200	10	7	6 garde-robes par jour; mal réglé.
5 203	7 —	3 500	17 —	3 600	6 janv. 04	3 680	4	20	
5 233	13 mars 04	3 430	25 mars	3 450	30 mars	3 520	14	5	
5 235	14 —	3 250	23 —	3 500	6 avril	3 570	10	14	Garde-robes très fréquentes; mal réglé
5 240	20 —	2 650	3 avril	2 680	13 —	2 700	2	10	Garde-robes très fréquentes; mal réglé.
5 244	1 ^{er} avril 04	2 550	12 —	2 475	20 —	2 560	10,6	8	
5 245	22 mars 04	3 550	31 mars	3 770	20 —	3 940	7	20	
5 246	30 —	3 370	9 avril	3 470	20 —	3 470	11,8	11	Garde-robes fréquentes; érythème du siège; mal réglé.
5 248	4 avril 04	4 200	14 —	4 130	27 —	4 130	0	13	Diarrhée verte; trop longtemps au sein.
5 254	16 —	3 400	27 —	3 400	4 mai	3 400	0	7	
5 255	12 —	3 680	30 avril	3 600	4 —	3 640	10	4	
5 257	20 —	2 650	30 avril	2 600	4 —	2 620	5	4	
5 269	18 —	3 350	29 —	3 275	18 —	3 330	2,8	19	
5 276	17 mars 04	2 500	—	"	15 —	2 700	3,3	59	Vomit à chaque tétée; troubles digestifs très graves nécessitant rentrée dans le service.
5 279	16 mai 04	2 550	23 mai	2 425	1 ^{er} juin	2 480	6,1	8	
5 284	19 —	3 325	31 —	3 230	8 —	3 330	12,4	8	
5 294	19 —	2 700	2 juin	2 730	25 —	2 800	2,4	23	
5 297	6 juillet 04	3 800	16 juillet	3 700	20 juillet	3 750	12,5	4	
5 299	10 juin 04	3 320	28 juin	3 510	20 —	3 700	6,8	22	A donné de l'eau panée.

5 342	19 sept. 04	3 340	1 ^{er} octobre	3 225	5 octobre	3 270	9	4	Très mal réglé; tête à chaque instant; ventre dur, tendu - état grave nécessitant rentrée dans le service.
5 320	5 —	2 100	13 septemb.	2 350	19 —	2 350	5	36	
5 337	22 oct. 04	3 250	3 novemb.	3 300	9 novemb.	3 350	8,2	6	
5 357	20 nov. 04	3 250	3 décemb.	3 390	7 décemb.	3 820	5	4	
5 359	18 —	3 330	27 novemb.	3 450	7 —	3 600	14	40	
5 364	27 —	3 450	8 décemb.	3 025	14 —	3 070	7,5	6	
5 370	28 —	2 650	30 —	3 080	4 janv. 05	3 420	8	5	
5 372	19 déc. 04	2 720	27 —	2 650	14 —	2 840	12,6	4,5	
5 373	28 —	2 750	7 janv. 05	2 920	11 —	2 950	7,5	4	
5 377	5 —	3 700	22 décemb.	3 700	25 —	4 110	12	34	
5 379	13 janv. 05	2 950	19 janvier	2 880	25 —	2 930	8,3	6	Garde-robes fréquentes; naetire 5' au sein seulement.
5 381	27 nov. 04	2 920	8 décemb.	3 000	1 ^{er} février	3 220	1	34	
5 383	14 janv. 05	2 800	26 janvier	2 820	1 ^{er} —	2 840	3	6	
5 387	15 —	3 370	25 —	3 250	8 —	3 280	2,1	14	
5 389	15 —	2 980	28 —	2 650	8 —	2 650	0	14	
5 405	20 février 05	3 430	4 mars	3 390	8 —	3 620	7,2	4	
5 408	8 —	3 450	19 février	3 400	15 mars	3 530	1,6	23	
5 415	28 —	3 400	14 mars	3 420	22 —	3 800	10	11	
5 417	4 mars 05	2 200	19 —	2 480	22 —	2 520	13,3	3	
5 419	20 février 05	2 450	1 ^{er} —	2 680	22 —	2 900	10	21	
5 430	31 mars 05	2 920	10 avril	2 950	3 mai	3 220	14,7	23	Garde-robes fréquentes; mettre 5' au sein seulement.

IV. — Diminution.

5 004	6 février 03	3 400	17 février	2 800	25 février	2 780	20	8
5 008	13 —	2 900	23 —	2 950	4 mars	2 900	50	9
5 020	24 —	2 900	24 —	3 170	18 —	2 980	190	12
5 060	30 avril 03	3 600	14 mai	3 510	13 mai	3 480	30	2
5 065	6 mai 03	3 300	14 —	3 260	20 —	3 460	400	6
5 121	24 juin 03	3 250	7 juillet	3 450	15 juillet	2 900	530	8
5 143	11 juillet 03	3 800	28 —	3 640	5 août	2 950	420	8
5 155	2 nov. 03	2 980	13 novemb.	2 960	25 novemb.	2 820	40	12
5 160	15 août 03	3 720	26 août	3 675	9 septemb.	3 610	35	14

Mal réglé; 10' au sein seulement.

IV. — Diminution (suite).

NUMÉROS.	DATE de NAISSANCE.	POIDS.	DATE de SORTIE.	POIDS.	DATE D'ENTRÉE.	POIDS.	DIMINUTION.	TEMP. SORTIE.	OBSERVATIONS.
		gr.		gr.		gr.	gr.	jours.	
5 174 28 oct. 03		3 460	7 novemb.	3 550	11 novemb.	3 520	30	4	
5 176 3 nov. 03		4 100	11 —	4 280	18 —	4 240	40	4	Garde-robes nombreuses, vertes et non digérées; mal réglé.
5 192 27 —		3 700	8 décemb.	3 700	16 décemb.	3 350	40	8	
5 207 31 dec. 03		3 950	10 janvier 04	3 710	20 janvier	3 530	180	10	
5 228 13 février 04		2 900	23 février	2 700	9 mars	2 580	120	14	Garde-robes vertes; vomissements à chaque tétée; l'état de l'enfant nécessite sa rentrée dans le service.
5 241 21 mars 04		3 050	7 avril	3 020	13 avril	2 970	30	6	
5 249 7 avril 04		3 640	19 —	3 620	27 —	3 530	70	8	Garde-robes vertes à chaque tétée.
5 256 6 —		3 150	16 —	3 040	4 mai	2 930	80	18	
5 266 20 —		3 270	30 —	3 330	18 —	3 320	40	18	
5 268 2 mai 04		3 625	13 mai	3 880	18 —	3 860	20	5	
5 314 6 sept. 04		2 130	28 septemb.	2 480	12 octobre	2 470	10	14	Très mal réglé; tête dès qu'il pleure.
5 315 26 —		1 900	6 octobre	2 000	12 —	1 990	40	6	
5 317 25 —		3 200	6 —	3 300	12 —	3 200	100	6	
5 333 19 oct. 04		3 500	28 —	3 350	2 novemb.	3 200	150	5	Garde-robes fréquentes et mal digérées.
5 335 23 —		3 050	4 novemb.	3 000	9 —	2 950	50	5	
5 336 18 —		3 220	27 octobre.	3 080	9 —	2 980	100	13	Mère a des crevasses au sein; enfant mal réglé.
5 339 22 —		3 250	1 ^{er} novemb.	3 190	9 —	3 100	90	8	
5 348 27 —		3 400	8 —	3 410	23 —	3 300	110	15	
5 365 5 déc. 04		3 550	17 décemb.	3 430	21 décemb.	3 350	80	4	
5 388 26 janv. 05		3 050	5 février	2 880	8 février	2 780	100	3	Ventre dur; constipation.
5 392 26 —		4 600	4 —	4 220	15 —	4 120	100	11	
5 400 9 février 05		3 770	20 —	3 710	22 —	3 680	30	2	
5 402 6 —		2 770	17 —	2 880	22 —	2 740	140	5	
5 416 26 —		3 300	9 mars	3 300	22 mars	3 110	190	13	
5 420 5 —		2 870	18 février	3 210	29 —	3 190	20	59	Diarrhée; érythème du siège.

Tableau B. — ENFANTS NOURRIS AU SEIN
MÈRES INSUFFISANTES AU MOMENT DE L'INSCRIPTION A LA CONSULTATION

NUMÉROS.	DATE DE NAISSANCE.	POIDS.	DATE DE SORTIE.	POIDS.	DATE D'ENTRÉE.	POIDS.	TEMPS ÉCOULÉ.	ÉTAT DE SÉCRÉTION lactée à la sortie de Clinique.	CONDUITE TENUE par mère depuis sortie de Clinique.	PRESCRIPTIONS.	RÉSULTATS ET DUREE de l'observation.
3009	22 janv. 1903	3050	13 févr. 1903	3420	4 mars 1903	3920	19 jours	Suffisante.	N'a donné que le sein.	Rentrer à l'iso- lement; mère ne donne que 100 à 120 ^{gr} en 24 heures. On essayera de fai- re monter le lait de la mère.	8 avril 10 × 40, + le sein. 13 avril 10 × 30, + le sein. 22 avril 10 × 20, + le sein. 6 mai 0 lait. Nourrice suffisante pen- dant un an. Courbe (fig. 10).
3028	12 mars 1903	3000	22 mars 1903	2980	25 mars 1903	2950	3 jours	Insuffisante.	<i>Idem.</i>	Continuer à ne donner que le sein.	28 mars 3 × 30, + le sein. 8 avril 3 × 20, + le sein. 20 avril, 0 lait. Nourrice suffisante pen- dant 8 mois.
3043	1 ^{re} févr. 1903	1630	5 avril 1903	2600	8 avril 1903	2650	3 jours	Insuffisante.	<i>Idem.</i>	Rentrer dans le service pour ha- bituer l'enfant au lait stérilisé.	28 mai : quitte le service 9 × 40, + 10 gr. d'eau. Allai- tement artificiel. Quitte Con- sultation 3 juin 1903.
3053	4 avril 1903	3300	16 avril 1903	3125	29 avril 1903	3200	13 jours	Insuffisante. Mère, 380 gr. Nourrice 100.	<i>Idem.</i>	Du 29 avril au 6 mai l'enfant di- minue de 150 gr. Mère insuffisante. L'analyse du lait donne 62 gr. de beurre. Rentrer dans le service.	20 mai. Quitte le service. Nourrissant seule son en- fant. Nourrice suffisante pendant les dix mois qu'elle suit la Consultation.

Tableau B. — (Suite.)

NUMÉROS.	DATE DE NAISSANCE.	POIDS.	DATE DE SORTIE.	POIDS.	DATE D'ENTRÉE.	POIDS.	TEMPS ECOULÉ.	ÉTAT DE SÉCRÉTION LACTÉE à la sortie de Clinique.	CONDUITE TENUE par mère depuis sortie de Clinique.	PRESCRIPTIONS.	RÉSULTATS ET DURÉE de l'observation.
5070	22 mars 1903	3200	30 mars 1903	3230	23 mai 1903	4830	53 jours	Suffisante.	Depuis huit jours donne plus du sein 80 gr. de lait. L'enfant a des garde - robes vertes et très fréquentes.	Ne donner que le sein.	Nourrice suffisante pen- dant les six semaines qu'elle suit la Consultation.
5076	13 mai 1903	3000	28 mai 1903	2970	3 juin 1903	2980	6 jours	Insuffisante. Donne 40 gr. de lait en 24 heures.	9 × 40, + le sein d'après prescription du chef de ser- vice.	Continuer pres- criptions.	10 juin. 3450. Garde- robes vertes et fréquentes. 9 × 30, + le sein. 47 juin. 3380. 6 × 30, + le sein. Allaitement mixte pendant un an.
5078	45 mai 1903	3425	7 juin 1903	3275	40 juin 1903	3270	3 jours	Insuffisante.	N'a donné que le sein. Le lait monte.	Ne donner que le sein.	Nourrice suffisante pen- dant 40 mois.
5082	1 ^{er} juin 1903	3500	43 juin 1903	3460	47 juin 1903	3400	4 jours	Insuffisante après-lympho- gite du sein et compression.	Le sein, plus 50 gr. de lait chaque tétée.	Rentrer dans le service.	4 ^{er} juill., 3770 ^{gr} . 5 × 30, + le sein. — 15 juill., 4250 ^{gr} . 3 × 20, + le sein. — 30 sept., 6170 ^{gr} . 2 × 20, + le sein. — 24 oct., 6820 ^{gr} . 0 lait. Allaitement mixte d'abord pendant 4 mois. Nourrice suffisante pendant le mois

5108	22 juin 1903	2950	2 juillet 1903	2850	8 juil. 1903	2170	6 jours	Suissante.				3 août, 400 ne 22 ^{es} de lait stérilisé plus le sein.	0/8-20, + 10 sein.	est supprimé, l'enfant ne le digère pas. Nourrice suffisante jus- qu'au 11 novembre, c'est-à- dire pendant 2 mois 1/2. 11 novembre. Allaitement mixte.
5135	3 juillet 1903	2760	14 juill. 1903	2850	29 juill. 1903	3320	15 jours	Insuffisante par suite de crevasses. 40 grammes en 24 heures.				A donné le sein plus du lait.	Ne donner que le sein.	Nourrice suffisante pen- dant 10 mois.
5136	17 juin 1903	2600	30 juin 1903	2925	29 juill. 1903	3670	29 jours	Suffisante.				Idem: l'en- fant a eu de la diarrhée.	Idem.	Nourrice suffisante pen- dant les 6 mois qu'elle suit la Consultation.
5169	7 oct. 1903	3200	18 oct. 1903	3210	21 oct. 1903	3180	3 jours	Suffisante.				N'a donné que le sein.	Idem.	28 oct., 3280 ^{es} 3 × 30, + le sein. — 29 dec., 4480 gram- 0 lait. Nourrice suffisante pen- dant 1 mois; quitte ensuite consultation.
5183	29 oct. 1903	3150	8 nov. 1903	3300	2 dec. 1903	3970	24 jours	Lymphangi- te. Suffisante.				Depuis six jours donne 100 gr. de lait en plus de son sein.	Idem.	Nourrice suffisante pen- dant 4 mois. 13 avril, 2 × 30, + le sein. Allaitement mixte depuis.
5197	12 déc. 1903	2730	21 dec. 1903	2800	30 dec. 1903	3000	9 jours	Suffisante.				Depuis trois jours donne en plus de son sein, un peu de lait coupé avec de la tisane.	Idem.	Allaitement mixte pen- dant les 2 mois qu'elle suit Consultation. 13 janv. 1904, 4 × 30, + le sein.

Tableau B. — (Suite).

NUMÉROS.	DATE DE NAISSANCE.	POIDS.	DATE DE SORTIE.	POIDS.	DATE D'ENTRÉE.	POIDS.	TEMPERATURE.	ÉTAT DE SÉCRÉTION LACTÉE à la sortie de Clinique.	CONDUITE TENUE par mère depuis sortie de Clinique.	PRESCRIPTIONS.	RÉSULTATS ET DURÉE de l'observation.
5249	7 avril 1904	3640	19 avril 1904	3620	27 avril 1904	3350	8 jours	Suffisante.	4 mai, donne puis 4 jours donne 100 gr. de lait, en plus de son sein.	4 × 125, + le sein.	Allaitement mixte avec 4 × 25 pendant les 5 mois qu'elle suit Consultation.
5253	14 mars 1904	3040	25 mars 1904	3025	4 mai 1904	3330	40 jours	Insuffisante.	4 mai, donne puis un mois donne 480 gr. de lait coupé avec de l'eau. Ne donne le sein que 3 ou 4 fois en 24 h.	8 × 30.	4 mai, 3330 ^{gr} 8 × 30, + le sein. — 7 mai, 3340 ^{gr} 5 × 30, + le sein. — 41 mai, 3550 ^{gr} 4 × 30, + le sein. — 29 juin, 4580, 0 lait. Nourrice suffisante jus- qu'au 7 décembre 1903.
5259	7 avril 1904	3600	28 avril 1904	3510	44 mai 1904	3350	13 jours	Suffisante.	N'a donné que le sein.	4 × 30, + le sein.	41 mai, 3350 ^{gr} 4 × 30, + le sein. — 7 août, 5000 ^{gr} 3 × 30, + le sein. — 28 août, 5650 ^{gr} 2 × 20, + le sein. — 12 oc- tobre, 6420 ^{gr} 0 lait. Nourrice suffisante jus- qu'au 2 novembre, époque où elle quitte Consultation.
5274	13 avril 1904	2900	18 mai 1904	3040	1 ^{er} juin 1904	3500	14 jours	Insuffisante. Allaité 2 ju- meaux.	Le sein + 2 × 25 sur prescrip- tion du chef de service.	2 × 25.	Allaitement mixte pen- dant les 8 mois qu'elle suit Consultation.

5275	<i>Idem.</i>	2250	<i>Idem.</i>	2640	<i>Idem.</i>	2770	<i>Idem.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Idem.</i>
5276	17 mars 1904	2500				2700	59 jours	15 mai 1904	30 mai, 2940 ^{es} 3 × 40, + le sein. — 1 ^{er} juin, 2940 ^{es} 7 × 40, + le sein. — 22 juin, 3360 ^{es} 7 × 50, + le sein. Allaitement mixte jusqu'au 27 juillet, époque où cette femme quitte la Con-sultation.
5308	12 août 1904	3820	1 ^{er} sept. 1904	3980	1 ^{er} sept. 1904	3980	0	6 × 30 + le sein sur prescription du chef de service.	12 octobre, 5520 ^{es} 5 × 30, + le sein. — 19 oct., 5800 ^{es} 0 lait. Nourrice suffisante; l'est encore au 4 ^{er} mai 1905.
5348	2 oct. 1904	3825	11 oct. 1904	3670	19 oct. 1904	3800	8 jours	9 × 40 + le sein sur prescription du chef de service.	26 octobre, 3970 ^{es} Erythème du siège, ne donne que le sein. — 2 novembre, 3820 ^{es} 9 × 40, + le sein. — 7 décembre, 4700 ^{es} 9 × 30, + le sein. — 1 ^{er} janvier, 4700 ^{es} 9 × 30, + le sein. Allaitement mixte. Quitte Consultation le 14 déc.
5339	22 oct. 1904	3250	1 ^{er} nov. 1904	3190	9 nov. 1904	3100	8 jours	N'a donné que le sein.	16 novemb., 3430 ^{es} 3 × 30, + le sein. — 7 déc., 3370 ^{es} 5 × 30, + le sein. 8 mars. A sevré son enfant. Allaitement mixte pendant 3 mois et demi.
5342	29 oct. 1904	3840	7 nov. 1904	3625	16 nov. 1904	3700	9 jours	Remplace une tétée au sein sur deux, par 1 bouteille de 25 gr. de lait bouilli, additionnée de 25 ^{es} d'eau bouillie.	16 novembre, 3700 ^{es} , 4 × 30 + 10 gr. d'eau, + le sein. — 21 décembre, 4170 ^{es} , 5 × 40, + le sein. — 28 décembre, 4230 ^{es} 6 × 40, + le sein. — 31 mai 1905, 7060 ^{es} 6 × 50, + le sein. Allaitement mixte.

Tableau B. — (Suite).

NUMÉROS	DATE DE NAISSANCE	POIDS	DATE DE SORTIE	POIDS	DATE	D'ENTRÉE	ÉTAT DE SÉCRETION lactée à la sortie de Clinique.	CONDUITE TENUE par mère depuis sortie de Clinique.	PRESCRIPTIONS.	RÉSULTATS ET DURÉE de l'observation.
5343	2 nov. 1904	3250	13 nov. 1904	3230	16 nov. 1904		Insuffisante.	A sevré son enfant.	8 × 40 + 10 d'eau. Mettre l'enfant au sein avant de lui donner le biberon. 24 nov., abcès du sein; rentrer à l'isolement.	21 decemb., 3750 ^{gr} 8 × 30, + le sein. — 41 janvier 1905, 4300 ^{gr} 4 × 30, + le sein. 1 ^{er} février, 4980 ^{gr} 4 × 20, + le sein. — 31 mai, 6840 ^{gr} 6 × 20, + le sein. — 7 juin, 6890 ^{gr} 8 × 20, + le sein. Allaitement mixte.
5399	17 janv. 1905	4150	40 fév. 1905	4080	12 fév. 1905		Insuffisante. (Galatophorie. Compression.	1 × 35 + 40 d'eau, + le sein sur prescrip- tion du chef de service.	4 × 35 + 10 d'eau, + le sein.	43 février, 4215 ^{gr} 4 × 30 + 10 d'eau, + le sein. — 17 fé- vrier, 4 × 20 + 10 d'eau, + le sein. — 8 mars, 4520 ^{gr} 0 lait. Nourrice suffisante; l'est encore le 7 juin 1905.
5401	15 janv. 1905	3800	26 janv. 1905	3980	22 fév. 1906		Suffisante.	N'a donné que le sein. Mais présente le 22 février un abcès du sein.	Rentrer dans le service.	11 mars. Quitte l'isole- ment; allaitement artificiel 9 × 50 + 10 d'eau, doit donner le sein. — 15 mars, 4330 ^{gr} . <i>Idem.</i> — 24 mars, 4710 ^{gr} . 9 × 40, + le sein. — 12 avril, 5100 ^{gr} 9 × 20, + le sein. — 19 avril, 5160 ^{gr} , 0 lait. Nourrice suffisante; l'est encore le 7 juin 1905.

Tableau C. — Lait trop riche en beurre.

NUMÉROS DU RÉGISTRE.	DATE de NAISSANCE.	POIDS.	DATE de SORTIE.	POIDS.	DATE D'EXTRÉME à la Consultation.	POIDS.	LAIT DE LA MÈRE.	PRÉSCRIPTIONS.	RÉSULTATS.
5 053	4 avril 1903	3 300	16 avril	3 125	29 avril	3 200	30 avril : 70 ^{es} en une tétée. 62 ^{es} de beurre. Enfant vomit. Mère pas assez de lait. Ren- tre dans le service ; elle finit par nourrir son enfant, plus un autre. Part quelques jours après nourrissant seule. 40 janvier, vomit 5 ^{es} . — 17 juin, on pèse avant tétée ; tête, vo- mit beaucoup, et il a encore pris 100 ^{es} . 2 ^e an sein. — Le 24 juin vomit moins.	Marcher, sortir, boire beaucoup. Laisser peu de temps au sein. Mange, malgré tout, deux fois de la viande par jour.	L'enfant, à partir du 1 ^{er} juillet, en ne tétant que toutes les 2 heures 1/2 et moins longtemps, s'habi- tue et digère. 3 février 1904. Fait une coqueluche et ne revient plus.
5 108	22 juin 03	2 950	2 juillet	2 830	8 juillet	2 770	57 ^{es} de beurre.		Quitte 23 mars 1904.
5 135	3 juillet 1903	2 760	14 juillet	2 850	29 juillet	3 320	14 ^{es} de beurre. Enfant qui, vers octobre, a des troubles digestifs, s'accroissant en no- vembre. Tout s'arrange en avril.		Quitte la Consultation 8 février 1905.
5 148	27 juin 1903	4 850	28 juillet	2 590	12 août	3 450	50 ^{es} de beurre.		N'a pas trop souffert de cet excès de beurre.
5 162	14 juillet 1903	2 500	25 juillet	2 540	16 sept.	3 870	54 ^{es} le 9 novembre. 59 ^{es} le 27 janvier.		A très bien été depuis février 1904.
5 175	24 octobre 1903	2 950	4 nov.	3 060	18 nov.	3 520	55 ^{es} de beurre.		Quitte la Consultation aussitôt après.
5 178	7 novemb. 1903	4 020	16 nov.	4 030	25 nov.	4 270	Vomissements. Troubles digestifs. Diarrhée. Ery- thème. 49 ^{es} de beurre.	Fautes sur fautes. Lait stérilisé : allaité- mixte.	N'a jamais voulu obéir. Quitte le 22 juin. 7 750.

Tableau D. — LAIT PAUVRE

N ^o	DATE de NAISSANCE.	POIDS.	DATE de SORTIE.	POIDS.	DATE D'ENTRÉE.	POIDS.	LAIT DE LA MÈRE.	PRESCRIPTIONS.	RÉSULTATS.
5280	17 mai 1904	2900	28 mai 1904	2960	8 juin 1904	3370	28 septembre, l'enfant pèse 5370 gr. Le lait de la mère ren- ferme 19 gr. de beurre par litre.	Réduire les boissons. Manger de la viande et des purées de légumes.	26 oct. 1904, 5920 gr. Le lait de la mère ren- ferme 30 gr. de beurre. Nourrit son enfant au sein. Quitte Consultation le 23 novembre 1904.
5395	8 déc. 1904	3250	18 déc. 1904		45 fév. 1905	4720	47 mai, l'enfant pèse 5940 gr. Le lait de la mère ren- ferme 45 gr. de beurre par litre.	4 × 20 gr. La mère prendra 1 litre de lait par jour.	Allaitement mixte.

**Tableau E. — FEMMES NOURRISSANT ELLES-MÊMES LEURS ENFANTS
ET CHEZ LESQUELLES AU COURS DE L'ALLAITEMENT SE MANIFESTENT DES SYMPTÔMES DE BACILLOSE PULMONAIRE**

N ^o	DATE DU REGISTRE.	DATE DE NAISSANCE.	POIDS.	DATE	DE SORTIE.	POIDS.	DATE D'ENTRÉE à la Consultation.	POIDS.	ÉPOQUE A LAQUELLE SE MANIFESTENT les symptômes de bacilliose pulmonaire.	TRAITEMENT.	RÉSULTATS.
5014	16 janv. 1903	2250	12 fév. 1903			2625	41 mars 1903	3220	21 octobre. Mère mai- grit transpire. 23 octobre. Letulle. Som- met droit plus que sus- pect.	23 oct., 4 × 50; 28 oct., 6 × 50; 4 nov., 6 × 80; 18 nov., 6 × 90; 2 déc., 7 × 100, sevré; 30 déc., 8 × 100; 27 janv., 6 × 100. Mère ne comprend pas et donne 7 × 100 × 1 × 125. 6 avril. Mère a la grippe et ne revient plus.	L'enfant supporte ce sevrage progressivement rapide. Voir courbe (fig. 15).

5074	10 mai 1903	4050	21 mai 1903	3875	3 juin 1903	4050	17 août. Examen de Chaufard. — Induration. Sommet droit.	Depuis le 16 janvier l'enfant avait une soupe, puis deux. 17 avril 2 × 175. Mère voudrait sevrage brusque. Enfant a la coqueluche. (Enfants malades).	Va bien.
5128	25 juin 1904	3200	5 juillet 1904	3200	22 juillet 1904	3120	Allaitement mixte en septembre. Octobre. Letulle, bacil- lose pulmonaire. Sevrage progressi- vement rapide.	Observation courbe (fig. 16).	Part pour la Charente le 20 novembre.
5180	6 nov. 1903	3850	18 nov. 1903	3900	15 nov. 1903	4080	28 décembre 1904, ba- cillose pulmonaire con- firmée.	L'enfant recevait déjà : 2 × 125 soupes. 28 décembre 1904 : 2 × 125 soupes et 2 × 100. 4 janvier 1905 : 2 × 125 soupes et 4 × 100. 18 janvier 1905 : 3 × 125 soupes et 3 × 100. 25 janvier 1905 : 6 × 150 dont 3 soupes. Sevré.	Va bien.
5360	20 nov. 1904	3400	5 déc. 1904	3330	14 déc. 1904	3320	25 janvier 1905 : La mère fait une bron- chite, se rétablit mal. Amaigrissement. Sueurs nocturnes. Points de côtés. Très suspecte de bacil- lose.	25 janvier, 3 × 30. 15 janvier, depuis huit jours a sevré son enfant.	N'est pas revenue de- puis le 15 février.

**Tableau F. — ENFANTS NOURRIS AU SEIN PAR LEURS MÈRES ET REPRIS DANS LE SERVICE
AFIN DE SURVEILLER DE PLUS PRÈS CET ALLAITEMENT**

N ^{os}	DE REGISTRE.	DATE DE NAISSANCE.	POIDS.	DATE DE SORTIE.	POIDS.	DATE D'ENTRÉE à la Consultation.	POIDS.	DATE DE RETRÈRE à l'hôpital.	POIDS.	CAUSE DE LA RETRÈRE.	TRAITEMENT et RÉSULTATS.
5009		22 janv. 1903	3050	13 fév. 1903	3420	4 mars 1903	3920	1 ^{er} avril 1903	3550	1 ^{er} avril. L'enfant a diminué dans sa semaine de 280 gr. La mère est insuffisante.	12 avril. Quitte le service. Allaitement mixte. $10 \times 30 +$ le sein. 15 avril. 4050 ^{gr} 10×30 — 22 — 4420 ^{gr} 10×20 — 6 mai 4540 ^{gr} 0 lait. La mère fait par la suite une très bonne nourrice.
5017		27 février 1903	3650	7 mars 1903	3810	18 mars 1903	4200	24 oct. 1903	8270	24 octobre. A diminué de 70 grammes en trois jours. Vomit à chaque instant. Garde-robes fréquentes et vertes. Troubles digestifs graves. Temp. 39° 2.	Lavages intestinaux, Eau de Vichy. Quitte le service en bon état le 6 nov., pesant 7980 gr.
5043		1 ^{er} février 1903	1630	5 avril 1903	2600	8 avril 1903	2650	3 juin 1903	2770	3 juin. A diminué de 380 gr. en huit jours. L'enfant a des troubles digestifs parce que la mère étant insuffisante a donné d'elle-même du lait en plus.	Ne rentre pas dans le service.
5051		23 mars 1903	2700	12 avril 1903	3030	29 avril 1903	3720	10 nov. 1903	7500	Troubles digestifs graves. Garde-robes vertes. Température 38° 2.	Bains. Grandes entéroclyses. Quitte le service le 19 novembre en bon état, pesant 7220 gr.
5052		11 avril 1903	3900	19 avril 1903	3740	29 avril 1903	3950	13 mai 1903	4150	Enfant mal réglé. Suralimenté. Troubles digestifs. Garde-robes fréquentes. Vomissements. Erythème du siège.	Quitte le service le 15 mai en bon état.
5053		4 avril 1903	3300	16 avril 1903	3125	29 avril 1903	3200	6 mai 1903	3150	Mère insuffisante. Lait trop chargé en beurre : 62 gr. par litre. L'enfant a des troubles digestifs.	13 mai. Quitte le service en très bon état. La mère fait par la suite une très bonne nourrice.

5082	4 ^{er} juin 1903	3500	13 juin 1903	3460	17 juin 1903	3400	Mère insuffisante, a donné d'elle-même 50 gr. de lait stérilisé à chaque tétée en plus de son sein. L'enfant suralimenté a des troubles digestifs.	27 juin. Quitte le service en bon état, pesant 3700 grammes. Il est prescrit 5 × 30 + le sein. 15 juill., 4250 ^{gr} 3 × 20 — 30 sept., 6170 ^{gr} 2 × 20 — 21 oct., 6820 ^{gr} 0 lait. Nourrice suffisante par la suite.	
5116	11 juin 1903	3200	20 juin 1903	3300	15 juil. 1903	3370	22 juil. 1903	3000	23 août, quitte l'hôpital en bon état, pesant 3000 grammes. Voir obs. IV et fig. 5 et 6.
5166	8 sept. 1903	3000	18 sept. 1903	3260	23 sept. 1903	3350	21 oct. 1903	3780	Grandes entérocolyses. Surveillance au moment des tétées. L'enfant quitte le service en bon état, le 24 octobre, pesant 3850 grammes.
5197	12 déc. 1903	2730	21 déc. 1903	2800	30 déc. 1903	3000	13 janv. 1904	3040	Quitte l'hôpital le 23 janvier en bon état. Mère insuffisante donnera le sein + 4 × 30.
5218	8 janv. 1904	3650	24 janv. 1904	3510	3 fév. 1904	3480	3 fév. 1904	3480	Quitte le service le 5 février. Allaitement artificiel. A partir du 23 mars ne vient plus à la Consultation.
5276	17 mars 1904	2500			15 mai 1904	2700	15 mai 1904	2700	Quitte l'hôpital le 26 mai en bon état, pesant 2950 grammes. Allaitement mixte. Observation X. Courbe fig. 14.
5320	5 sept. 1904	2400	13 sept. 1904	2350	19 oct. 1904	2550	19 oct. 1904	2550	L'enfant sort du service guéri. Régularisation des tétées.
5363	5 nov. 1904	3620	14 nov. 1904	3730	15 nov. 1904	3730	15 nov. 1904	3730	11 décembre. Sort de l'isolement en bon état, pesant 4250 gr.
5401	15 janv. 1905	3800	26 janv. 1905	3980	22 fév. 1905	4220	22 fév. 1905	4220	11 mars, quitte le service en bon état. Allaitement artificiel, mixte ensuite, puis la mère nourrit exclusivement au sein.
5424	6 mars 1905	1880	6 avril 1905	2010	12 avril 1905	1910	12 avril 1905	1910	27 avril. Quitte le service en bon état, pesant 2050 grammes.

